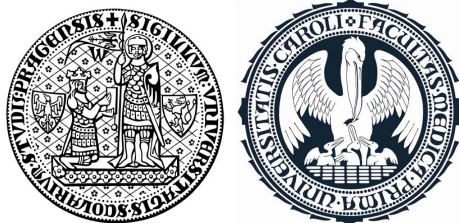


Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Gabriela Rolová

Komorbidity abúzu alkoholu a poruch příjmu potravy: Prevalence poruch příjmu potravy u žen hospitalizovaných pro abúzus alkoholu

Comorbidity of Alcohol Abuse and Eating Disorders: Prevalence of Eating Disorders among Women Hospitalized with Alcohol Abuse

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Praha, 2017

Autor práce: Gabriela Rolová

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Pracoviště vedoucího práce: Klinika adiktologie VFN a 1. LF UK

Předpokládaný termín obhajoby: září 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 17.7.2017

Gabriela Rolová

Identifikační záznam

ROLOVÁ, Gabriela. *Prevalence abúzu alkoholu u žen s poruchou příjmu potravy. [Prevalence of Alcohol Abuse in Women with Eating Disorder]*. Praha, 2017. 71 s., 2 příl. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: Šťastná, Lenka.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Lence Šťastné, Ph.D. za ochotu, věcné připomínky a vstřícnost při vedení diplomové práce. Přála bych si také vyjádřit svůj dík původní vedoucí práce PhDr. Lence Čablové, se kterou jsme již práci bohužel nestihli dokončit. Dále děkuji všem svým blízkým za podporu a důvěru během celého studia, zejména Jindřichu Helclovi a mým rodičům.

Abstrakt

Východiska: Výsledky předchozích studií ukázaly významnou asociaci mezi rizikovým užíváním alkoholu a poruchami příjmu potravy, které se často vyskytují spolu jako komorbidita. Souběžný výskyt těchto onemocnění s sebou přináší signifikantní zdravotní, sociální a psychologické komplikace, predikuje horší průběh obou nemocí a horší výsledky léčby.

Cíle: Cílem této práce je ověřit souvislost mezi rizikovým užíváním alkoholu a poruchami příjmu potravy zjištěním prevalence mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovitého přejídání u žen, které se ústavně léčí pro abúzus alkoholu.

Metody: Výzkum zahrnuje 51 žen hospitalizovaných pro abúzus alkoholu v PN Bohnice. Data byla získána během dotazníkového šetření prostřednictvím dotazníků Munich Eating Disorder Questionnaire (Munich ED-Quest) a Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) doplněných o sociodemografické otázky. Data byla analyzována pomocí metod deskriptivní statistiky v programu SPSS.

Výsledky: Celkem mělo někdy v životě potíže s poruchami příjmu potravy 25,5 % respondentek. V současnosti trpí poruchou příjmu potravy 9,8 % žen, jejichž průměrný věk je 38,6 let s mediánem 40 let. V minulosti onemocnělo poruchou příjmu potravy 23,5 % respondentek. Diagnostická kritéria mentální anorexie splnilo pro současné období 1,96 % žen a 15,7 % pro období v minulosti. Prevalence mentální bulimie je 5,9 % pro současnost a 9,8 % pro minulost. Záchvatovité přejídání bylo zjištěno u jedné respondentky (1,96 %), která splnila kritéria zároveň pro současnou i minulou poruchu. Celoživotní prevalence mentální anorexie je 15,7 % a mentální bulimie 11,8 %.

Závěr: Výsledky výzkumu naznačují, že prevalence poruch příjmu potravy je mezi ženami, které se léčí pro abúzus alkoholu významně vyšší než v obecné populaci. Zároveň ale nedosahují tak vysokých hodnot, jaké udávají některé předchozí výzkumy. Zvyšování bdělosti zdravotnických pracovníků protialkoholních oddělení je dobrou strategií jak minimalizovat komplikace a zefektivnit léčbu obou onemocnění.

Klíčová slova: abúzus alkoholu – poruchy příjmu potravy – komorbidita – mentální anorexie – mentální bulimie

Abstract

Introduction: Results of previous studies have shown a significant association between alcohol abuse and eating disorders which often co-occur as a comorbidity. The co-occurrence of these diseases brings significant medical, social, and psychological complications and predicts a worse course of both disease and outcomes.

Objectives: The aim of this thesis is to verify the association between the alcohol abuse and eating disorders by detecting the prevalence of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder in women who are receiving the treatment for alcohol abuse.

Methods: The survey includes 51 women hospitalized for alcohol abuse in PN Bohnice. The data were obtained during the questionnaire survey using the Munich Eating Disorder Questionnaire (Munich ED-Quest) and the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), supplemented by socio-demographic questions. The data were analyzed using descriptive statistics in SPSS.

Results: In total, 25.5% of respondents suffer from eating disorders at some point. Currently, 9.8% of women with an average age of 38.6 years with a median of 40 years suffer from eating disorder. In the past, 23.5% of respondents were affected by eating disorders. For the current period, 1.96% of women have met the diagnostic criteria for anorexia nervosa and 15.7% for periods in the past. The prevalence of mental bulimia is 5.9% for the present, and 9.8% for the past period. The binge eating disorder was detected in one respondent (1.96%), who met the criteria for both current and past disorder. The lifetime prevalence of anorexia nervosa is 15.7%, and the prevalence of bulimia nervosa is 11.8%.

Conclusion: The results suggest that the prevalence of eating disorders is significantly higher among women treated for alcohol abuse than in the general population. At the same time, however, they are not as high as shown in some of the previous studies. Increasing vigilance of the healthcare staff is a good strategy to minimize complications and increase the effectiveness of the treatment of both diseases.

Key words: alcohol abuse – eating disorders – comorbidity – anorexia nervosa – bulimia nervosa

Obsah

Úvod	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 Alkohol	13
1.1 Charakteristika alkoholu	13
1.2 Farmakologie	14
1.3 Patobiochemie intoxikace alkoholem	14
1.3.1 Akutní intoxikace	15
1.3.2 Chronická intoxikace	16
1.4 Účinky alkoholu	17
1.4.1 Akutní intoxikace	17
1.4.2 Dlouhodobé nežádoucí účinky	18
1.4.3 Protektivní účinky alkoholu	18
1.5 Vývoj závislosti na alkoholu	19
1.6 Průběh a prognóza závislosti na alkoholu	20
2 Poruchy příjmu potravy	21
2.1 Mentální anorexie	21
2.1.1 Diagnostická kritéria mentální anorexie dle MKN-10	22
2.1.2 Diagnostická kritéria mentální anorexie dle DSM-V	23
2.2 Mentální bulimie	23
2.2.1 Diagnostická kritéria mentální bulimie dle MKN-10	24
2.2.2 Diagnostická kritéria mentální bulimie dle DSM-V	25
2.3 Psychogenní/záchvatovité přejídání	25
2.3.1 Diagnostická kritéria psychogenního přejídání dle MKN-10	26
2.3.2 Diagnostická kritéria záchvatovitého přejídání dle DSM-V	26
2.4 Etiologie poruch příjmu potravy	27
2.5 Prognóza a mortalita	29
3 Komorbidita	32
3.1 Komorbidita poruch příjmu potravy a užívání návykových látek	32
3.2 Prevalence	33

3.3	Etologie	35
3.4	Jiná vysvětlení komorbidity PPP a abúzu alkoholu	37
II	PRAKTICKÁ ČÁST	39
4	Výzkumné cíle a otázky	40
4.1	Výzkumné otázky	40
5	Metody získávání dat	41
5.1	Test pro identifikaci poruch způsobených užíváním alkoholu	41
5.2	Munich Eating Disorder Questionnaire	42
6	Výzkumný soubor	44
6.1	Výběrový soubor	44
7	Proces získávání dat	45
8	Metody analýzy dat	46
8.1	Průběh zpracování a analýzy dat	46
9	Etické normy a pravidla výzkumu	47
10	Výsledky	48
10.1	Popis výzkumného souboru	48
10.2	Mentální anorexie	49
10.3	Mentální bulimie	52
10.4	Záchvatovité přejídání	53
10.5	Souhrn výsledků	54
11	Diskuze a závěry	57
11.1	Limity	59
	Literatura a další zdroje	61
	Seznam zkratek	69
	Přílohy	70

Úvod

Alkohol patří v naší domovině k nápojům s velmi silnou tradicí, bez kterého se mnohdy neobejde žádná společenská akce či zábava. Přestože se jedná o látku se závislostním potenciálem, je jeho užívání ve společnosti obecně tolerováno a podporováno. Ačkoli byla opakovaně prokázána škodlivost konzumace alkoholu, Česká republika patří k zemím, kde je konzumace alkoholu vnímána jako běžná a normální, a to i v případě užívání, které bychom mohli označit jako rizikové. Naopak jsou to ti, kteří alkohol nepijí vůbec nebo ve velmi omezeném množství, kdo v naší společnosti čelí nepochopení. Jeho užívání je navíc mnohdy tolerováno i u dětí a mladistvích. Není proto náhodou, že patříme k zemím s nejvyšší konzumací alkoholu a to nejen u dospělých, ale i dospívajících.

Škodlivé užívání alkoholu je vnímáno jako významný veřejně zdravotní problém s mnoha negativními zdravotními, sociálními a v neposlední řadě i ekonomickými důsledky jak pro jednotlivce, tak společnost. Přímá souvislost mezi užíváním alkoholu a nemocemi, včetně těch duševních, byla opakovaně prokázána mnoha odbornými studiemi.

V posledních desetiletích leží v popředí zájmu mimo jiné i výzkumy zabývající se komorbiditou abúzu alkoholu a poruch příjmu potravy (PPP).

Na téma prevalence komorbidit poruch příjmu potravy a abúzu alkoholu bylo publikováno velké množství zahraničních studií, které ukázaly významnou asociaci mezi rizikovým užíváním alkoholu a poruchami příjmu potravy. Méně se jich věnuje problematice výskytu poruch příjmu potravy u žen s abúzem nebo závislostí na alkoholu. Domácí studie se této komorbiditě věnují velmi málo.

Výsledky výzkumů naznačují, že přítomnost poruch příjmu potravy u žen léčících se pro abúzus alkoholu zůstane často skryta. Neodhalená porucha příjmu potravy může být komplikací při léčbě, a je proto důležité, aby odborníci zabývající se léčbou žen s abúzem alkoholu rutinně pátrali po klinických příznacích poruch příjmu potravy (Taylor, Reveler, Hibbert & Fairburn, 1993) a aby si vysoké prevalence v této populaci byli vědomi (Peveler & Fairburn, 1990).

Cílem této studie je ověřit souvislost mezi rizikovým užíváním alkoholu a poruchami příjmu potravy zjištěním prevalence mentální anorexie (MA), mentální bulimie (MB) a záchvatovitého přejídání (ZP) u žen, které se ústavně léčí pro abúzus alkoholu. Zmapování prevalence poruch příjmu potravy u žen absolvujících léčbu pro abúzu alkoholu by teoreticky, pokud by byla zjištěna vysoká prevalence, mohlo přispět k rutinnímu zavedení screeningových testů na poruchy příjmu potravy do léčebné praxe a k nastavení specifické terapie, která je v tomto případě vyžadována.

Práce je rozdělená na dvě části – teoretickou a praktickou. První kapitola teoretické části pojednává o charakteristice alkoholu, farmakologii, patobiochemii intoxikace alkoholem, účincích alkoholu, vývoji a průběhu závislosti a prognóze. Druhá kapitola shrnuje základní údaje o poruchách příjmu potravy a jejich diagnostice dle MKN-10 a DSM-V. Zahrnuje sekci o mentální anorexii, mentální bulimii a záchvatovitým přejídáním a o etiologii poruch příjmu potravy, prognóze a mortalitě. Třetí kapitola se věnuje problematice komorbidit poruch příjmu potravy a abúzu alkoholu. Tato kapitola práce je zaměřená především na prevalenci komorbidit a zahrnuje přehled dosavadních výsledků výzkumů na toto téma, dále je zmíněna etiologie komorbidit.

Praktická část se věnuje metodice výzkumu, pojednává o výzkumných otázkách a cíli práce, metodách získávání dat, výzkumném souboru, procesu získávání dat, metodách analýzy dat a etických normách a pravidlech výzkumu. Důležitou součástí je kapitola shrnující výsledky práce, diskuze výsledků a závěry.

Část I

TEORETICKÁ ČÁST

1. Alkohol

Konzumace alkoholických nápojů je v mnoha částech světa společným rysem společenských událostí. Alkohol je psychoaktivní látka a jeho konzumace s sebou nese riziko nepříznivých zdravotních a sociálních důsledků, které souvisí s jeho omamnými a toxickými vlastnostmi a závislostním potenciálem.

Kromě chronických onemocnění, které se mohou manifestovat u jedinců, kteří pijí velké množství alkoholu v průběhu několika let, je užívání alkoholu také spojeno se zvýšeným rizikem akutních zdravotních stavů (World Health Organization [WHO], 2016).

Užívání alkoholu je kauzálním faktorem ve více než dvou stech onemocněních a zraněních. Kromě zdravotních důsledků s sebou nadměrná konzumace přináší také sociální a ekonomickou zátěž pro jednotlivce i pro společnost (World Health Organization [WHO], 2015).

Škodlivost alkoholu dokazuje také studie Nutta, Kinga a Phillipse (2010), která se zabývala škodlivostí legálních i nelegálních drog pro jedince a společnost, z jejíž výsledků vyplývá, že alkohol je nejškodlivější drogou vůbec a nejvíce škodlivou drogou pro společnost.

1.1 Charakteristika alkoholu

Alkohol (chemicky etylalkohol, etanol C_2H_5OH) vzniká kvašením z jednoduchých cukrů obsažených v ovoci nebo z polysacharidů z brambor nebo obilných zrn. Etylalkohol je druhý nejjednodušší ze skupiny alkoholů a jakožto nejznámější převzal jméno celé skupiny (Popov, 2003).

Jako chemicky čistá substance se užívá zřídka, obvykle je obsažen ve formě nějakého alkoholického nápoje, který obsahuje množství jiných látek. Příznaky, které etanol vyvolává, mohou být dalšími přidanými látkami změněny. V tomto kontextu mohou mít důležitou úlohu vyšší alkoholy a aldehydy, které mají vliv na chuť některých alkoholických nápojů. Předpokládá se, že příznaky kocoviny po alkoholovém excessu mají na svědomí právě přidané látky než samotný etanol. Tyto sloučeniny se totiž v závislosti na koncentraci eliminují z těla pomaleji. Při chronickém alkoholismu může mít tak kvalita užívaného alkoholu význam pro poškození jater (Lüllmann, Mohr & Wehling, 2004).

1.2 Farmakologie

V mechanismu účinku etanolu hraje důležitou úlohu pravděpodobně fyzikálně-chemické podmíněné zabudování etanolu do integrálních membránových proteinů. V různé míře se to týká rozličných membránových složek. Zvláště citlivé jsou iontové kanály řízené transmitery kyselinou gama-aminomáselnou a kyselinou glutamovou (Lüllmann et al., 2004).

Po požití se alkohol rychle absorbuje do krve. Zčásti probíhá absorpce již v dutině ústní, dále v žaludku a duodenu. Etanol snadno prostupuje do všech tělních tekutin a krví se rychle přenáší zejména do centrální nervové soustavy (CNS) (Ehrmann, Ehrmann jr. & Schneiderka, 2006). Koncentrace etanolu v krvi závisí na množství přijatého etanolu, rychlosti resorpce (tu spoluurčuje koncentrace etanolu v nápoji a náplň zažívacího traktu), tělesné hmotnosti, eventuálně na množství tělesné vody a tělesného tuku a na rychlosti eliminace etanolu.

Eliminace etanolu nastává ihned po požití (Lüllmann et al., 2004). Z 90 až 98 % je etanol z organismu eliminován oxidačními procesy, ze 2 až 10 % je vylučován dechem a močí a v zanedbatelném množství se vylučuje i slinami, žaludeční šťávou, žlučí a potem (Ehrmann et al., 2006). Rychlost biotransformace etanolu je u mužů $0,1 \text{ g/kg/h}$, u žen $0,085 \text{ g/kg/h}$. Tyto hodnoty mohou případ od případu kolísat o $\pm 30 \%$, pro stejnou osobu ale zůstávají konstantní. Po ukončení resorpce tedy dochází k pravidelnému poklesu koncentrace alkoholu v krvi (kinetika nultého řádu). Hodnoty klesají o $0,1\text{--}0,2 \text{ ‰}$ za hodinu (Lüllmann et al., 2004).

V lidském organismu se etanol metabolizuje alkoholdehydrogenázovou cestou, cestou mikrozomálního systému oxidace etanolu (MEOS) a pomocí katalázy z peroxisomů. Nejvýznamnější je cesta alkoholdehydrogenázová, účinek katalázy má v látkové přeměně pouze nepatrný význam (Ehrmann et al., 2006). Etanol se enzymaticky oxiduje za spotřeby nikotinamidadenindinukleotidu (NAD) na kyselinu octovou. Druhá fáze biotransformace probíhá rychleji než první, proto zůstává aktuální koncentrace acetaldehydu na velmi nízké hladině. Acetát se také spotřebovává na syntézu mastných kyselin a podmiňuje alkoholické ztučnění jater (Lüllmann et al., 2004).

1.3 Patobiochemie intoxikace alkoholem

Patobiochemie intoxikace alkoholem pojednává o metabolických efektech akutní intoxikace, tzn. o bezprostředních účincích alkoholu na organismus, a chronické intoxikace alkoholem, které se mohou projevit při chronické konzumaci alkoholu.

1.3.1 Akutní intoxikace

Na akutní intoxikaci etanolem se podílejí obě hlavní metabolické cesty – alkoholdehydrogenázová i MEOS – které jsou lokalizovány převážně v játrech. Alkoholdehydrogenáza přeměňuje etanol na acetaldehyd a acetaldehyddehydrogenáza oxiduje acetaldehyd na acetát. V játrech je acetát zdrojem acetyl-CoA, který je příčinou zvýšené tvorby mastných kyselin. Koenzym NAD^+ se v obou dehydrogenázových reakcích redukuje na $\text{NADH} + \text{H}^+$ a zvýšená intracelulární koncentrace tohoto redukováného koenzymu je příčinou zvýšené tvorby laktátu z pyruvátu, což vede k laktátové acidóze. Jejím důsledkem je snížená eliminace močové kyseliny v ledvinách, což vysvětluje zhoršení potíží po užití alkoholu u pacientů s hyperurikemií (onemocnění kloubů způsobené poruchou metabolismu purinů). Úbytek pyruvátu je poté příčinou snížené glukoneogeneze, která vede k hypoglykémii.

Při nadměrné tvorbě acetaldehydu není tato látka v organismu dostatečně rychle odbourávána, tudíž se v těle hromadí. Tato sloučenina je vysoce reaktivní a pro organismus toxická. Způsobuje vyplavení katecholaminů do krevního oběhu a zvyšuje vylučování adrenalinu a noradrenalinu močí. Katecholaminy mají podíl na celkové reakci organismu na etanol, způsobují bolesti hlavy, zvracení, dušnost, tachykardii a zarudnutí kůže. S katecholaminy se také kondenzuje acetaldehyd za vzniku dalších biologicky aktivních kondenzačních produktů. Acetaldehyd tlumí citrátový cyklus, podporuje vznik volných radikálů a tím i peroxidaci lipidů a stimuluje tvorbu kolagenu. Také tvoří adiční sloučeniny například s bílkovinami, nukleovými kyselinami a fosfolipidy. Toxické působení těchto sloučenin se ale projevuje spíše v delším časovém úseku.

Akutní intoxikace také může vést k fyzikálně–chemickému působení etanolu jako rozpouštědla. Etylalkohol je schopen zvyšovat fluiditu buněčných membrán a tím poškozovat membránové funkce včetně přenosu akčního potenciálu, membránového transportu látek a funkce membránových receptorů. Tyto efekty jsou významné hlavně v CNS, kde jsou podkladem nervových a psychických projevů akutního etylismu.

Za jednu z příčin neoxidativního orgánového poškození při krátkodobé i dlouhodobé konzumaci je možné pokládat vznik a působení etylesterů mastných kyselin (FAEE). Krátce po konzumaci alkoholu se v buňkách jater, pankreatu, srdce, mozku a tukové tkáni tvoří za katalýzy FAEE syntézou etylestery mastných kyselin. Příslušná hydroláza může estery rozkládat a uvolnit tak mastné kyseliny pro vznik triacylglycerolů, fosfolipidů a esterů cholesterolu. FAEE v buňkách způsobuje rozpojení oxidační fosforylace, snížení proteosyntézy, pokles rychlosti dělení buňky a zvyšuje fragilitu lyzozomů. Nejvyšší aktivity FAEE syntázy a FAEE hydrolázy byly nalezeny v játrech, pankreatu a tukové tkáni. Z buněk těchto orgánů se FAEE uvolňují ve vazbě na albumin a lipoproteiny LDL (low density lipoprotein) do cirkulace (Ehrmann et al., 2006).

1.3.2 Chronická intoxikace

Chronická konzumace etylalkoholu vede k dlouhodobému zvýšení hladin acetyl-CoA a $\text{NADH} + \text{H}^+$ se stejnými důsledky, které jsou popsány u akutní intoxikace. V organizmu se tvoří zvýšené množství glycerol-3-fosfátu, snižuje se oxidace mastných kyselin a zvyšuje se jejich syntéza, což způsobuje zvýšenou tvorbu triacylglycerolů, tedy zvýšenou lipogenezi. Zároveň je inhibována aktivita lipoproteinové lipázy (katalyzuje hydrolýzu triacylglycerolů). V játrech dochází ke zpomalení zabudování triacylglycerolů do molekul lipoproteinů. Triacylglyceroly se v hepatocytech ukládají a vzniká steatóza.

Dlouhodobě zvýšená hladina acetaldehydu vede k jeho vazbě především na proteiny. Váže se na bílkoviny krve včetně albuminu a hemoglobinu. Také se váže na buněčné struktury hepatocytů a jiných tkáňových buněk. Tím může dojít ke změně struktury jejich antigenních determinant až do té míry, že začnou být imunitními mechanismy rozpoznávány jako cizorodé antigeny a dojde k zahájení humorální i buněčné imunitní reakce. Až u 72 % pacientů s alkoholovou jaterní chorobou lze v séru detekovat protilátky proti hepatocytům poškozeným alkoholem. Tyto protilátky jsou schopny působit na protilátkách závislou a buňkami zprostředkovanou cytotoxicitu. U alkoholiků s jaterním poškozením je vyšší incidence orgánově nespecifických autoprotilátek a specifických protilátek proti normálnímu jaternímu komplexu (anti-LSP) a proti jaternímu membránovému antigenu (anti-LMA). Anti-LSP jsou časté u pacientů s aktivní cirhózou (60 %). Séra pacientů s alkoholickou jaterní chorobou obsahují antinukleární protilátky, anti-DNA protilátky nebo lymfotoxické protilátky.

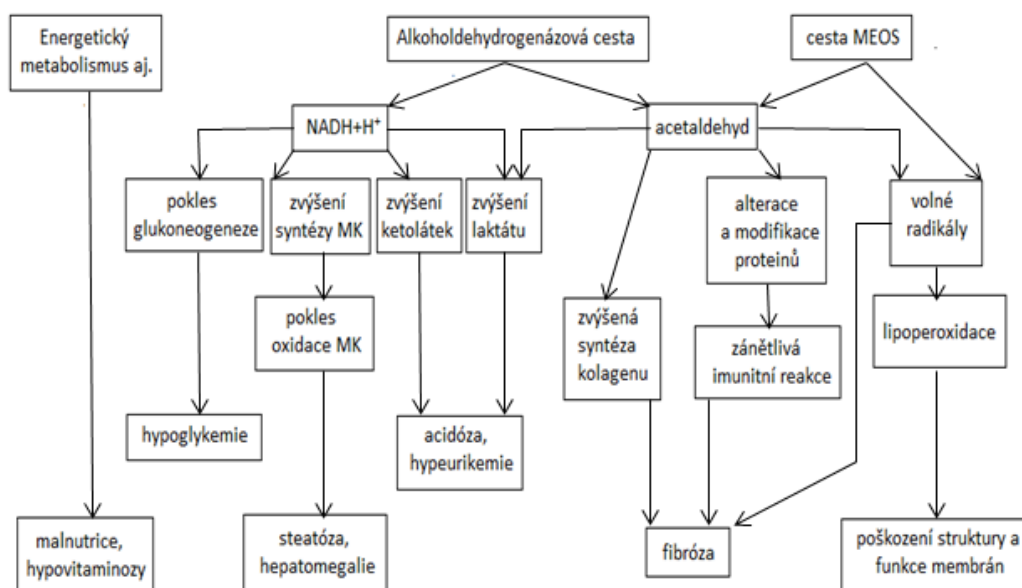
U alkoholiků také lze pravidelně najít polyklonální IgA-hypergamaglobulinemii. Pravděpodobně za to nese odpovědnost mechanismus zvýšené produkce protilátek B-lymfocyty. Přítomnost těchto protilátek může být ukazatelem závažnosti nemoci nebo může mít patogenetickou roli.

Acetaldehyd a volné radikály aktivují tvorbu kolagenu a ostatních složek extracelulární matrix a také hrají významnou roli v procesu fibrogenese a vzniku cirhózy.

U chronických alkoholiků také můžeme často pozorovat projevy nedostatku vitaminů především komplexu B. Je to způsobeno jejich nedostatečným příjmem běžnou stravou. Energetická potřeba chronicky závislého člověka je totiž často saturována hlavně alkoholem (tzv. prázdné kalorie). V případě vitaminu A způsobuje jeho nedostatek přímá interference acetaldehydu s metabolismem retinolů. Stanovení vitaminů tak může být cenným vodítkem při komplexní léčbě (Ehrmann et al., 2006).

Souhrn hlavních akutních a chronických metabolických efektů etanolu je znázorněn na Obrázku 1.1.

Obrázek 1.1: Souhrn hlavních metabolických efektů etanolu (Ehrmann et al., 2006)



1.4 Účinky alkoholu

Psychoaktivní účinky alkoholu mají komplexní charakter a jsou závislé zejména na jeho množství, formě a způsobu užití. Na výsledném bezprostředním efektu požití alkoholu se podílejí vlivy biologické (osobní dispozice, fyzický a zdravotní stav), psychologické (anticipace účinku, očekávaný efekt) a sociální (působení prostředí, kde dochází k pití, působení společnosti a dalších osob).

Vliv alkoholu na psychické funkce je dán změnami, ke kterým dochází v CNS v metabolismu neurotransmiterů (především dopaminu a noradrenalinu). Při alkoholismu dochází k potlačení dopaminergní, serotonergní a taurinergní aktivity. Rovněž dochází k útlumu inhibičního účinku kyseliny gama-aminomáselné (GABA). Naopak se zvyšuje aktivita glutamátu a kalciových kanálů v neuronech a počet glutamátových N-methyl-D-aspartátových (NMDA) receptorů a dochází k hyperstimulaci cholinergního, opioidového a noradrenalinového systému.

Příčinou somatického poškození organismu při alkoholismu je především tkáňová aktivita acetaldehydu, který vzniká při biodegradaci etylalkoholu (Popov, 2003).

1.4.1 Akutní intoxikace

Akutní intoxikace alkoholem se často projevuje jako prostá (nekomplikovaná) opilost (ebrieta, ebrietas simplex). Malé dávky působí na CNS stimulačně. Dochází k psychomotorické excitaci s povznesením nálady, mnohomluvnosti, zvýšenému sebevědomí,

objevuje se snížení sebekritičnosti a zábran, agresivita. Při vyšších dávkách dochází naopak k útlumu, který je projevem hlavního efektu etanolu na CNS. Nastupuje únava, somnolence, spánek a případně bezvědomí a smrt. Dle hladiny alkoholu v krvi, která koreluje s množstvím vypitého alkoholu, popisujeme čtyři stádia intoxikace alkoholem: 1. excitační stádium, lehká opilost (alkoholémie do $1,5 \text{ g/kg} = 1,5 \text{ ‰}$); 2. hypnotické stádium, opilost středního stupně (alkoholémie $1,6 \text{ g/kg}$ až $2,0 \text{ g/kg}$); 3. narkotické stádium, těžká opilost (alkoholémie $>2 \text{ g/kg}$) a 4. asfyktické stádium, těžká intoxikace s rizikem bezvědomí, selháním dechu a oběhu (alkoholémie $>3 \text{ g/kg}$) (Popov, 2003).

1.4.2 Dlouhodobé nežádoucí účinky

Dlouhodobé nežádoucí účinky se projevují poškozením gastrointestinálního traktu. Objevují se poruchy trávení, průjemy, gastritidy, chronické poškození může vést k nádorovému bujení. Při poškození jater může dojít k rozvoji jaterní cirhózy a k jícnovým varixům, poškození pankreatu může vést k rozvoji diabetu. Významné mohou být obtíže spojené s malnutricí a avitaminózou (vit. B₁, B₁₂, kyselina listová), které mohou vést k život ohrožujícím stavům. Dále se vyskytuje funkční a orgánové poškození kardiovaskulárního systému (arteriální hypertenze, kardiomyopatie), poruchy krvetvorby a hemokoagulace, anémie. Mohou se objevit úzkostně-depresivní stavy a poruchy spánku, při chronickém abúzu alkoholu může vzniknout psychotická porucha, která je způsobena poškozením mozku. Projevuje se přítomností halucinací, paranoidních bludů, mohou se objevit i změny afektivity a kognice. Na základě organického poškození mozku dochází k poruchám paměti až do stádia demence. Neurotoxický účinek alkoholu je spojen s poškozením nervového systému, může se rozvinout polyneuropatie a organické poškození mozku. Korsakovův amnestický syndrom je těžká porucha krátkodobé paměti, nemocný nedostatkem paměti vyplňuje konfabulacemi, stav může vyústit až v demenci. Poškození endokrinního systému narušuje sekreci glukokortikoidů a testosteronu a u mužů vede k impotenci. U těhotných žen může dojít k poškození plodu a rozvoji fetálního alkoholového syndromu (FAS) (Kmoch & Minařík, 2015).

1.4.3 Protektivní účinky alkoholu

Kromě škodlivých účinků alkoholu na organismus jsou ale známé i účinky protektivní. Zejména se hovoří o pozitivním efektu přiměřených dávek alkoholu na kardiovaskulární systém. Pití malého množství alkoholu snižuje riziko vzniku infarktu myokardu, hypertenze, cévní mozkové příhody nebo diabetu. Údaje o množství alkoholu, které je považováno za střídme, se ale ve světě liší. V České republice se za mírnou dávku považuje u mužů 20–40 g alkoholu denně, u žen 20–30 g denně. Alkohol v přiměřených

dávkách se doporučuje konzumovat denně. Kromě kardiovaskulárního systému má mít alkohol příznivý efekt také na fyzickou výkonnost a funkce mozku a to zejména u osob pokročilého věku (Šamánek & Urbanová, 2010).

V roce 2015 Chikritzhs et al. publikovali editorial, v němž zpochybňují protektivní účinky střídmych dávek alkoholu na kardiovaskulární onemocnění. Odvolávají se na studii Fillmora, Kerra, Stockwella, Chikritzhs a Bostroma (2006), která dokládá, že studie, které zkoumaly protektivní efekt malých dávek, se dopouštěly systémové chyby. Mezi abstinenty byli totiž zařazováni i jedinci, kteří začali abstinovat pro zdravotní potíže vyvolané alkoholem nebo osoby, které střídaly abstinenci s masivním zneužíváním alkoholu. Dále autoři poukazují na studii Holmese et al. (2014), která pozitivní efekt alkoholu popírá. Studie zkoumá riziko kardiovaskulárních onemocnění u osob, které z genetických důvodů špatně tolerují alkohol, a proto od něj abstinují nebo ho pijí ve velmi omezené míře. Riziko kardiovaskulárních onemocnění bylo u těchto osob signifikantně nižší než v běžné populaci, včetně skupiny osob, která konzumovala alkohol zdrženlivě (Chikritzhs et al., 2015; Nešpor & Csémy, 2015).

1.5 Vývoj závislosti na alkoholu

Závislost na alkoholu je chronické recidivující onemocnění. Dle MKN-10 je syndrom závislosti soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes zjevně škodlivé následky, prioritu v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšenou toleranci pro drogu a někdy somatický odvykací stav (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [ÚZIS], 2014).

Popov (2003) popisuje vznik závislosti na alkoholu pomocí dispozičně-expozičního modelu. V tomto modelu se uplatňují faktory dispoziční (biologické, genetické dispozice, osobnostní výbava, zdravotní stav, komorbidita aj.) a faktory expoziční (dostupnost, míra konzumace, frekvence, kvalita a koncentrace alkoholu). Čím výraznější jsou faktory dispoziční, tím menší je nutný podíl expozice a zároveň čím větší je expozice, tím menší dispozice stačí k rozvoji závislosti. Současně se však vždy jedná o komplexní působení více faktorů (biologické, psychické, sociální), které se podílejí na vzniku závislosti. Ohledně dědičnosti alkoholismu existuje řada studií (rodinné studie, studie dvojčat, sledování adoptovaných dětí), potvrzujících význam dědičných vlivů, které se mohou v různé míře uplatnit. Žádný výzkum však nedokázal existenci specifické osobnostní struktury, u které by se vyskytla vyšší pravděpodobnost vzniku závislosti, nebo která by byla přímo determinující pro rozvoj závislosti na alkoholu. Goudriaan a Sher (2012) však upozorňují na tři osobnostní rysy, které jsou v souvislosti s vývojem

abúzu alkoholu a alkoholismu v literatuře často diskutovány. Jedná se o neuroticismus/negativní emocionalitu, impulzivitu/disinhibici a extraverzi/sociabilitu.

Rozvoj závislosti na alkoholu většinou probíhá nenápadně, typické jsou postupné změny (zvyšování tolerance vůči alkoholu, ztráta kontroly užívání alkoholu, zanedbávání jiných zájmů). Současně dochází ke změnám v myšlení a chování, může dojít k fixaci těchto změn a tím ke změně osobnosti. Tyto změny myšlení a z nich vycházejícího chování označujeme jako „alkoholové obrany“. Závislý jimi zpočátku pití zakrývá, později takto pití racionalizuje. Jedná se o adaptační mechanismus, kterým člověk závislý na alkoholu reaguje na konflikty, které vznikají při konfrontaci s realitou a jsou vyvolané jeho pitím.

Příznakem rozvinuté závislosti často bývá změna tolerance vůči alkoholu následovaná výskytem odvykacích příznaků. Typické jsou například „ranní doušky“ a poruchy paměti („okénka“, „palimpsesty“). Ranní doušky vznikají jako potřeba odstranit symptomy nastupujícího odvykacího stavu doplněním hladiny alkoholu vzápětí po probuzení. Alkoholická „okénka“ jsou výpadky paměti (akutní amnézie), při kterých si jedinec nepamatuje, co se během intoxikace alkoholem událo. Pro vývoj tolerance je především v počátku rozvoje závislosti charakteristické její zvyšování. Postupně ale dochází k výraznému snížení tolerance na alkohol, v důsledku snížení schopnosti rychlé a účinné metabolizace alkoholu. I malé množství užitého alkoholu tak u jedince rychle vyvolá příznaky těžké opilosti (Popov, 2003).

1.6 Průběh a prognóza závislosti na alkoholu

Prognóza u pacienta se závislostí na alkoholu je příznivá, jestliže u něj došlo k úspěšné léčbě. V takovém případě může dojít k uzdravě. Naopak pokud není závislý pacient adekvátně léčen, onemocnění má sklon k progresi a v terminálním stádiu může dojít k deprivaci s nutností trvalého umístění v psychiatrickém zařízení.

Základní podmínkou léčby alkoholizmu je abstinence. Pro tuto poruchu je charakteristická nevratná ztráta schopnosti kontrolovaně užívat alkohol. Kauzálním řešením jsou tudíž pouze léčebné strategie, které vedou k abstinenci. U mnoha léčených pacientů však nedochází k trvalé abstinenci ihned po první léčbě. Současně ale až u 50–70 % absolventů odvykací léčby dochází k abstinenci v prvním roce po léčbě a po třech letech plně abstinuje 30–40 % klientů.

Kritériem úspěšnosti ale není pouze trvalá abstinence, nýbrž i maximální délka nepřerušené abstinence a celková doba abstinence, během které je pacient závislý na alkoholu stabilizován a je schopen normálního života. Významného zlepšení kvality života je tak léčbou možno dosáhnout u 40–50 % klientů (Popov, 2003).

2. Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy tvoří spektrum psychiatrických onemocnění. Jedná se o multifaktoriálně podmíněné onemocnění charakterizované patologickým jídelním chováním a vnímáním vlastního těla (Papežová, 2010). Poruchy příjmu potravy jsou také významnou příčinou fyzické a psychosociální morbidity u adolescentních dívek a dospívajících žen.

Zatímco většina jedinců se posuzuje na základě výkonnosti v různých oblastech života jako jsou vztahy, rodičovství, zaměstnání, sportovní zdatnost apod., u pacientů s poruchou příjmu potravy můžeme pozorovat, že sami sebe často posuzují pouze na základě své hmotnosti a tvaru těla a podle své schopnosti tyto atributy ovládat (Fairburn & Harrison, 2003).

K diagnostice poruch příjmu potravy jsou aktuálně využívány především dva manuály – Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize (International Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, MKN-10) publikovaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch, pátá revize (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V) publikovaný Americkou psychiatrickou asociací (APA).

V České republice je pro diagnostiku poruch příjmu potravy (dg. F50) využívána MKN-10, která zahrnuje tyto poruchy: mentální anorexie, atypická mentální anorexie, mentální bulimie, atypická mentální bulimie, přejídání spojené s psychologickými poruchami, zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami, jiné poruchy příjmu potravy (pica u dospělých, psychogenní ztráta chuti k jídlu) a porucha příjmu potravy NS (nespecifická) (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [ÚZIS], 2014).

2.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie (anorexie, anorexia nervosa) je porucha charakterizovaná úmyslným zhubnutím, které si pacient sám vyvolal a dále ho udržuje (ÚZIS, 2014). Nejčastěji se vyskytuje u dospívajících dívek a mladých žen (90–95 %), může ale postihnout i mladé chlapce a muže (5–10 %) a stejně tak děti a starší ženy (Papežová, 2010). Onemocnění je spojeno se specifickou psychopatologií. Strach z tloušťky a ochablosti tvaru těla se u pacientů projevuje jako vtíravá, ovládací myšlenka, proto usilují o nižší tělesnou váhu. Obvykle je přítomna podvýživa různého stupně se sekundárními endokrinními a metabolickými změnami a poruchami tělesných funkcí. Objevují se tyto příznaky: omezený výběr jídla, nadměrná tělesná činnost, vyvolávání zvracení a průjmu, užívání anorektik a diuretik (ÚZIS, 2014).

Onemocnění je často spojené s premorbidním perfekcionismem, introverzí, nízkou sebeúctou a slabými vztahy s vrstevníky. Stejně jako u mentální bulimie, i u anorexie se mohou vyskytnout extrémní formy kontroly hmotnosti jako je indukované zvracení, zneužívání laxativ a diuretik (Beumont, 2002). Také ztráta kontroly nad jídlem následovaná příznaky depresivní a úzkostné poruchy, podrážděností, labilní náladou, poruchami koncentrace, ztrátou sexuálního zájmu a obsedancí může anorexii doprovázet (Fairburn & Harrison, 2003). Množství snědeného jídla ale obvykle není tak velké jako u pacientů s bulimií (Beumont, 2002). Tyto symptomy se obvykle ještě zhoršují, pokud vlivem nárazového přejídání dojde k opětovnému nárůstu hmotnosti.

U některých pacientů je restrikce v jídle motivována také dalšími psychologickými procesy. Může se jednat o asketismus, soutěživost nebo formu sebetrestání. Dalším typickým příznakem anorexie je sociální izolace a ztráta zájmu o vnější svět (Fairburn & Harrison, 2003).

2.1.1 Diagnostická kritéria mentální anorexie dle MKN-10

K diagnostice mentální anorexie v klinické praxi používáme manuál Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Diagnóza vyžaduje splnění všech diagnostických vodítek (Papežová, 2010):

- A. Tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou váhou (váha je snížena nebo jí nikdy nebylo dosaženo) nebo je Queteletův index hmoty těla (Body Mass Index, BMI) 17,5 nebo méně. Předpubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.
- B. Pacientka si sama snižuje váhu dietami, vyprovokovaným zvracením, užíváním anorektik, diuretik, laxativ (projímačů) nebo excesivním cvičením.
- C. Je přítomna specifická psychopatologie: přetrvávající strach z tloušťky při výrazné podvázce, zkreslené představy o vlastním těle a vtíravé, ovládací myšlenky na udržení podvážky.
- D. Vyskytuje se endokrinní porucha hypotalamo-pituitární-gonádové osy: amenorea u žen, u mužů ztráta sexuálního zájmu.
- E. Začne-li porucha před pubertou, je zastaven nebo opožděn růst, vývoj prsou, dětského genitálu u chlapců a primární amenorea. Po uzdravení dochází k normálnímu dokončení vývoje, menarché může být opožděna.

2.1.2 Diagnostická kritéria mentální anorexie dle DSM-V

Pro výzkumné účely se při diagnostice častěji užívá Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (DSM-V), který pro mentální anorexii stanovuje tři hlavní diagnostická kritéria a identifikuje dva subtypy – restriktivní typ a purgativní typ (American Psychiatric Association [APA], 2013):

- A. Omezení energetického příjmu, které vede k výrazně nízké tělesné hmotnosti s ohledem na věk, pohlaví, vývojovou trajektorii a fyzické zdraví. Výrazně nízká tělesná hmotnost je definována jako tělesná váha, která je nižší než normální, nebo pro děti a adolescenty, nižší než minimálně očekávaná.
- B. Intenzivní obavy z přibírání na váze a z tloustnutí, nebo trvalé chování, které brání nárůstu váhy, i při výrazné podvaze.
- C. Narušené vnímání vlastního těla, tělesné hmotnosti a tvaru postavy, nepřiměřený vliv hmotnosti a tvaru postavy na vlastní sebehodnocení nebo popírání závažnosti aktuálně nízké hmotnosti.

Restriktivní typ U jedince nebyly během posledních třech měsíců přítomny opakující se epizody nárazového přejídání nebo purgativního chování (indukované zvracení, zneužití laxativ, diuretik nebo klyzmatu). Ztráta váhy je primárně zapříčiněna dietami, půstem a/nebo excesivním cvičením.

Purgativní typ U jedince během posledních třech měsíců byly přítomny opakované epizody nárazového přejídání nebo purgativního chování (indukované zvracení, zneužití laxativ, diuretik nebo klyzmatu) (APA, 2013).

Rozlišení purgativního typu anorexie od restriktivního je zvláště důležité z hlediska prognózy onemocnění. U purgativní anorexie je prognóza horší a vyplývají z ní další zdravotní komplikace. V porovnání s pacienty s restriktivním typem anorexie, mají pacienti s purgativní anorexií také mnohem častěji problém s kontrolou impulzivity a s užíváním návykových látek (Beumont, 2002).

2.2 Mentální bulimie

Mentální bulimie (bulimie, bulimia nervosa) je syndrom, který je charakterizovaný opakovanými záchvaty přejídání a nadměrnou kontrolou tělesné hmotnosti. Vede k přejídání a následnému zvracení nebo používání laxativ. Mnohé psychologické rysy má bulimie shodné s mentální anorexií, včetně zvýšeného pozorování vlastní tělesné váhy a tvaru těla. Opakované zvracení zvyšuje riziko somatických komplikací a poruchy

elektrolytové rovnováhy. V anamnéze můžeme často najít diagnózu anorexie trvající několik měsíců až let (ÚZIS, 2014).

Hlavním rysem, který odlišuje bulimii od mentální anorexie, jsou opakované epizody přejídání, během kterých dochází ke ztrátě kontroly nad jídlem a obvykle je zkonsumováno velké množství potravy (Fairburn & Harrison, 2003). Dalším podstatným rozdílem je, že pacienti s bulimií si často udržují zdánlivě normální váhu.

Pro počátek vývoje bulimie je charakteristické období restriktivního stravování motivovaného snahou být štíhlý. Snaha o kontrolu váhy omezováním se v jídle a vynecháním vysokoenergetických jídel se v počáteční fázi onemocnění vyskytuje u všech pacientů.

Epizodám přejídání mohou předcházet pocity úzkosti, napětí nebo nudy, pití alkoholu, užití konopí, aj. Typicky jsou často plánované. Pacienti ze strachu z odhalení shromažďují jídlo na dobu, kdy nebudou nikým vyrušováni. Jedná se především o tučná a sladká vysokoenergetická jídla, která si jindy zakazují. Obvykle jsou schopni sníst velké množství jídla (až třicetkrát více než je denní doporučený příjem kalorií) velmi rychlým tempem. Poté obvykle nastupují pocity viny a studu z množství snědeného jídla, někteří pacienti sami sebe vnímají jako odporné a nechutné. Zvracení či jiné purgativní chování navodí pocit úlevy a uspokojení a je praktikováno ve snaze zabránit kalorickému účinku jídla (Beumont, 2002).

2.2.1 Diagnostická kritéria mentální bulimie dle MKN-10

K diagnostice mentální bulimie se v praxi rovněž používá MKN-10. Diagnostika bulimie zahrnuje tři hlavní kritéria (Papežová, 2010):

- A. Neustálé se zabývání jídlem, neodolatelná touha po jídle, přejídání se a konzumace velkých dávek jídla během krátké doby.
- B. Snaha potlačit kalorický účinek jídla jedním nebo více způsoby: indukovaným zvracením, hladovkami, zneužíváním laxativ, anorektiky, diuretiky, tyreoidálními preparáty, u diabetiků manipulací s inzulinovou léčbou. Mohou se střídát bulimické a restriktivní subtypy.
- C. Je přítomna specifická psychopatologie: chorobný strach z tloušťky, váhový práh je nižší než premorbidní váha (optimální či zdravá).

2.2.2 Diagnostická kritéria mentální bulimie dle DSM-V

Také v případě mentální bulimie se ve výzkumu spíše používá DSM-V. Diagnostika zahrnuje pět hlavních diagnostických kritérií (APA, 2013):

- A. Opakující se epizody záchvatovitého přejídání. Epizoda záchvatovitého přejídání je charakterizována:
 - 1. Konzumací mnohem většího množství jídla během určitého souvislého časového úseku (např. během dvou hodin), než by dokázala v podobném časovém úseku sníst většina lidí.
 - 2. Pocitem ztráty kontroly nad jídlem během této epizody (např. pocit, že nemohu přestat nebo kontrolovat co, a v jakém množství sním).
- B. Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, například indukované zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, držení hladovek nebo excesivní cvičení.
- C. Záchvatovité přejídání a nepřiměřené kompenzační chování minimálně jednou týdně po dobu alespoň tří měsíců.
- D. Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.
- E. Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie.

DSM-IV rovněž rozdělovala mentální bulimii na dva subtypy – purgativní a nepurgativní. Nová revize manuálu DSM-V však od rozdělení těchto subtypů upustila (Jordan et al., 2014).

2.3 Psychogenní/záchvatovité přejídání

Záchvatovité přejídání (Binge-Eating Disorder, BED, psychogenní přejídání dle MKN-10) je syndrom, pro který jsou typické opakující se epizody přejídání charakterizované konzumací velkého množství jídla v průběhu krátkého časového úseku. Obvykle se tak děje do té doby, než se jedinec cítí nepříjemně plný. Množství jídla je nepoměrně větší, než jaké jsou schopni sníst jiní lidé za podobných okolností během stejného časového úseku. Časový úsek jedné epizody záchvatovitého přejídání je obvykle méně než dvě hodiny. Konzumace jídla je doprovázena ztrátou kontroly nad jídlem což znamená, že jakmile jedinec začne jíst, není schopen s jedním přestat nebo se ho zdržet (APA, 2013). Psychogenní přejídání má často podíl na narůstajícím problému obezity v populaci (Papežová, 2010).

Pro jedince se záchvatovitým přejídáním je typické, že se za své chování stydí a snaží se ho skrývat. Obvykle se tak přejídá o samotě, případně se snaží chovat co nejvíce nenápadně. V některých případech může být záchvatovité přejídání plánované.

Záchvatovité přejídání se často vyskytuje u jedinců s normální tělesnou hmotností, nadváhou, ale i u obézních jedinců. Ve srovnání s obézními jedinci bez záchvatovitého přejídání spotřebují obézní jedinci se záchvatovitým přejídáním více kalorií, mají větší funkční postižení, nižší kvalitu života, zažívají více subjektivní tísně a mají více psychiatrických komorbidit (APA, 2013). Obézní jedinci s psychogenním přejídáním také hledají dříve pomoc a obezita se u nich projevuje v ranějším věku.

Prevalence mezi dospělými v USA je u žen 1,6 % a u mužů 0,8 %. Častěji se vyskytuje mezi jedinci, kteří vyhledávají léčbu zaměřenou na redukci hmotnosti než v obecné populaci (APA, 2013). Podle Papežové (2010) je to 18–46 %. Dle MKN-10 je přejídání způsobené stresujícími událostmi (např. úmrtí blízké osoby, nehoda, narození dítěte, apod.) (ÚZIS, 2014).

2.3.1 Diagnostická kritéria psychogenního přejídání dle MKN-10

V desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí najdeme záchvatovité přejídání pod diagnózou Přejídání spojené s psychologickými poruchami – psychogenní přejídání. Diagnóza zahrnuje tři kritéria (Papežová, 2010):

- A. Neustálé se zabývání jídlem, neodolatelná touha po jídle, přejídání se a konzumace velkých dávek jídla během krátké doby.
- B. Bez purgativní symptomatiky uvedené u mentální bulimie (B.)
- C. Specifická psychopatologie spočívající v chorobném strachu z tloušťky. Snaha po dosažení nereálné (nižší než premorbidní, optimální nebo zdravé cílové) váhy je problematická. Záchvaty přejídání jsou často spojené s maladaptivním zpracováním stresových situací.

2.3.2 Diagnostická kritéria záchvatovitého přejídání dle DSM-V

Diagnostika záchvatovitého přejídání dle páté revize DSM zahrnuje pět hlavních diagnostických kritérií. Pro diagnostiku této poruchy je třeba splnit všechna kritéria (APA, 2013):

- A. Opakující se epizody záchvatovitého přejídání. Epizoda záchvatovitého přejídání je charakterizována:
1. Konzumací mnohem většího množství jídla během určitého souvislého časového úseku (např. během dvou hodin), než by dokázala v podobném časovém úseku sníst většina lidí.
 2. Pocitem ztráty kontroly nad jídlem během této epizody (např. pocit, že nemohu přestat nebo kontrolovat co, a v jakém množství sním).
- B. Epizody záchvatovitého přejídání jsou spojeny se třemi (nebo více) následujícími důvody:
1. Jedení je mnohem rychlejší než normálně.
 2. Jedení trvá do pocitu nepříjemné plnosti.
 3. Jedení velkého množství jídla bez pocitu fyzického hladu.
 4. Jedení o samotě kvůli pocitu zahanbení ze snědeného množství jídla.
 5. Pocit znechucení sám sebou, deprese nebo velké pocity viny poté.
- C. Výrazná úzkost ohledně přítomnosti záchvatovitého přejídání.
- D. Záchvatovité přejídání se vyskytuje průměrně nejméně jednou týdně po dobu třech měsíců.
- E. Přejídání není spojeno s opakujícím se užíváním nevhodného kompenzačního chování jako u mentální bulimie a nevyskytuje se výhradně v průběhu mentální bulimie nebo mentální anorexie.

Diagnózu dále specifikuje úroveň závažnosti, která je založená na četnosti epizod záchvatovitého přejídání.

Mírná: 1–3 epizody záchvatovitého přejídání týdně.

Střední: 4–7 epizod záchvatovitého přejídání týdně.

Těžká: 8–13 epizod záchvatovitého přejídání týdně.

Extrémní: 14 a více epizod záchvatovitého přejídání týdně.

2.4 Etiologie poruch příjmu potravy

Literatura nabízí mnoho různých vysvětlení etiologie poruch příjmu potravy. Žádná z kontrolovaných studií ale nepotvrdila jejich obecnou platnost. Odborníci se shodují v tom, že kromě redukčních diet neexistuje žádný jiný specifický etiologický faktor nebo příčinná událost, která by se vyskytovala u většiny pacientů. Konsensuálním přístupem, který zdůrazňuje koexistenci různých faktorů, je biopsychosociální model

(Krch, 1999b). Podle Garfinkela a Doriany (1997) úskalí těchto multifaktoriálních modelů však spočívá v tom, že všechno je možné a pokud je všechno důležité, může to pro někoho znamenat, že nic není důležité. Tyto modely tedy vyžadují, aby každý aspekt problému byl podroben nezávislému empirickému zkoumání.

Z hlediska pohlaví je rizikové již to být ženou, jelikož je to jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů. Podle Hsu (1996) onemocní ženy anorexií či bulimií až desetkrát častěji než muži. Roli zde hraje také věk. Nejrizikovější je pro rozvoj onemocnění adolescence a časná dospělost (Pavlová, 2010a). V tomto období u dívek dochází k rychlému tělesnému růstu, který je spojen s rostoucí tělesnou hmotností a přibýváním tukových zásob. V kontextu současného ideálu ženské krásy může tento rychlý nárůst tuku být pro mnohé dívky hrozbou. Rizikovým faktorem může být i brzká tělesná vyzrálost. Tyto dívky, které bývají menší a silnější než jejich vrstevnice, jsou méně spokojeny se svou váhou a jsou více vystaveny stresu (Krch, 1999b). Za rizikový faktor můžeme uvažovat i etnický původ. Poruchy příjmu potravy jsou často vnímány jako nemoc „bílých“ dívek. Studie, které na toto téma byly provedeny však nejsou dostatečně průkazné a zdá se, že na onemocnění má větší vliv spíše západní ideál krásy.

Dalšími rizikovými faktory mohou být faktory osobnostní. Impulzivita bývá obvykle spojována se zneužíváním návykových látek, ale je dávana do kontextu i se záchvatovitým přejídáním a bulimií. Dalším osobnostním faktorem, o kterém můžeme uvažovat, je perfekcionismus. Touhu být za všech okolností perfektní nacházíme ve zvýšené míře jak u dívek s mentální anorexií, tak u těch s mentální bulimií. Dosavadní longitudinální studie však tento silný vztah zatím nepotvrdily (Pavlová, 2010a).

Ohledně psychopatologie, která by mohla poruchám příjmu potravy předcházet nemáme příliš mnoho poznatků. Z několika málo studií vyplývá, že u dívek s anorexií byly výrazně častěji nalezeny premorbidní poruchy osobnosti (především obsedantně kompulzivní porucha) (Råstam, 1992) a u pacientů se záchvatovitým přejídáním byl zaznamenán větší výskyt hraniční poruchy osobnosti (de Jonge, van Furth, Lacey & Waller, 2003). Na vyšší výskyt obsedantně kompulzivní poruchy a hraniční osobnosti poukazuje i Krch (1999b). Výsledky studií jsou však rozporuplné. V některých se prokázalo, že duševní onemocnění je prediktorem rozvoje poruch příjmu potravy, jiné toto tvrzení vyvrátily. Do spojitosti především se záchvatovitým přejídáním a zvracením bývá dávana i negativní emocionalita.

Otazník visí i nad vlivem nepříznivých životních událostí a jejich zvládáním. V dobách, kdy byla teorie založena na kazuistikách byla mezi traumatem a onemocněním jasná souvislost. S nástupem moderních statistických metod a medicíny založené na důkazech však vědci začali nad touto souvislostí pochybovat. Výsledky studií si často odporují. Do souvislosti s poruchou příjmu potravy bývají častěji dávány

problémy v oblasti sexuality (ohrožení cudnosti, stud nebo znechucení ve spojitosti se sexualitou). Opakovaně se také ukazuje, že mentální anorexii mohou předcházet dlouhodobé problémy v rodině jako například neadekvátní tlak nebo chronický nesoulad v rodině. Sexuální zneužívání a rozvoj poruchy příjmu potravy jsou častěji dávány do souvislosti s mentální bulimií (Krch, 1999b). Pavlová (2010a) shrnuje, že sexuální zneužívání je rizikovým faktorem pro poruchy příjmu potravy, ale současně zvyšuje i riziko dalších psychiatrických onemocnění.

Dalšími rizikovými faktory mohou být separace od původní rodiny a akulturace, tedy přizpůsobení se jiné kultuře a životu v zahraničí. Jako korelát působí také pobyt v prostředí zaměřeném na štíhlost, ve kterém se pohybují například modelky, baletky nebo gymnastky.

Předčasný porod může podle Foleye, Thackera, Aggena, Nealeho a Kendlera (2001) a Cnattingiuse, Hultmana, Dahla a Sparena (1999) zvyšovat riziko mentální anorexie až třikrát. Komplikace v těhotenství a při porodu můžou být považovány za rizikový faktor mentální anorexie a bulimie, jejich specifita je však sporná. Rozporuplné výsledky také přináší studie, které se zabývaly vlivem časného nástupu menstruace na vznik poruch příjmu potravy (Pavlová, 2010a).

Ze studií rodin, především dvojčat vyplývá, že poruchy příjmu potravy jsou familiárním onemocněním s genetickým podílem (Bulik, Sullivan, Wade & Kendler, 2000; Martásková & Papežová, 2005). Heritabilita u poruch příjmu potravy se u mentální anorexie pohybuje v rozmezí 33–84 % a 28–83 % u mentální bulimie. Významně zvýšený je také výskyt psychopatologie v rodinách pacientů s poruchou příjmu potravy (afektivní poruchy, alkoholismus). Pozitivní korelace byla nalezena i co se týče aktivity serotoninu a rozvoje poruch příjmu potravy.

Za rizikový faktor však nepovažujeme BMI. Některé studie sice potvrzují BMI jako prediktor bulimie, ale mnohé další tuto souvislost nepotvrdily. Nejčastěji je do souvislosti s rozvojem poruchy příjmu potravy dávana nespokojenost s vlastním tělem a držení diet (Pavlová, 2010a).

2.5 Prognóza a mortalita

Léčba poruch příjmu potravy není jednoduchá, a ne vždy přinese uspokojujivé výsledky. Mentální anorexie i mentální bulimie mohou proběhnout jako jediná epizoda s úplnou remisí nebo mají velmi dlouhý průběh, kdy se ve formě epizod opakují mnoho let. Jedná se o heterogenní skupinu poruch s proměnlivým průběhem i prognózou, čemuž odpovídají i výsledky studií, které jsou často rozporuplné. (Krch, 1999a).

Keel, Mitchell, Miller, Davis a Crow (1999) referují o výsledcích z více než deset

let trvající follow-up studie, do které bylo zahrnuto 173 žen s diagnózou mentální bulimie. Jedenáct procent žen z toho vzorku po skončení studie splňovalo diagnostická kritéria pro mentální bulimii, jedna žena (0,6 %) měla mentální anorexii a 18,5 % žen bylo diagnostikováno jako EDNOS (eating disorder not otherwise specified, jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy). Plné nebo částečné remise dosáhlo 69,5 % žen ze vzorku. Fairburn (2000) realizoval follow-up studii, ve které participovaly ženy s neléčenou mentální bulimií. Z výzkumu vyplynulo, že i po pěti letech trvání studie ještě 15 % žen s mentální bulimií splňovalo kritéria pro tuto diagnózu a dvě třetiny žen stále trpěly klinicky závažnou formou.

Dlouhodobými výsledky mentální anorexie se zabývají například Tanaka, Kiriike, Nagata a Riku (2001). Do jejich follow-up studie bylo zahrnuto 61 žen, které byly sledovány po absolvování rezidenční léčby pro mentální anorexii. Z výsledků vyplývá, že 31 žen (51 %) dosáhlo dobrých výsledků (4 z nich ale diagnostikovány jako EDNOS) a osm žen (13 %) středně dobrých výsledků. Patnáct žen (25 %) mělo slabé výsledky a z těchto žen jich pět splňovalo diagnostická kritéria pro mentální anorexii restriktivního typu a pět žen splňovalo kritéria pro purgativní typ anorexie. Čtyři ženy byly diagnostikovány jako bulimické a jedna žena EDNOS. Sedm žen (11 %) v průběhu studie zemřelo. Tři na vyhublost, dvě ženy spáchaly sebevraždu, a další dvě zemřely z jiných příčin.

Jelikož poruchy příjmu potravy jsou považovány za chronické onemocnění, riziko relapsu je u mentální anorexie i mentální bulimie velké. Podle Richarda, Bauera a Kordyho (2005) existuje největší riziko relapsu během prvních šesti až sedmi měsíců po dosažení částečné nebo plné remise. Po jednom roce remise je riziko relapsu nízké.

Úmrtnost na příčiny související s poruchami příjmu potravy je vysoká, a proto jsou považovány za závažné a život ohrožující onemocnění (Stárková, 2010). Podle Neumärkera (2000) je celková úmrtnost na poruchy příjmu potravy jednou z nejvyšších mezi všemi psychiatrickými onemocněními. Birmingham, Su, Hlynsky, Goldner a Gao (2005) uvádí, že údaje o standardizované mortalitě (SMR)¹ u mentální anorexie se pohybují mezi 0,71 a 17,8. Sám ve své studii uvádí SMR pro mentální anorexii 10,5. Nejčastější příčinou smrti byla sebevražda, další úmrtí byla spojena s pneumonií, hypoglykemií, onemocněním jater, rakovinou, otravou alkoholem a subdurálním krvácením. Crisp (2006) ve své studii uvádí SMR pro anorexii 1,03 a jako nejčastější příčinu úmrtí malnutrici, kterou následují sebevraždy a dále se jako příčina úmrtí objevuje rakovina, diabetes mellitus, infarkt myokardu a jiné. Pompili, Mancinelli, Girardi, Ruberto a Taratelli (2004) na základě výsledků z meta analýzy tvrdí, že mezi pacienty s mentální anorexií je nejčastější příčinou úmrtí sebevražda a vyvrací tak mýtus, že primární

¹SMR = poměr pozorovaných a očekávaných úmrtí. Hodnota 1,0 = počet pozorovaných úmrtí je rovný počtu očekávaných případů. Hodnoty >1 značí vyšší počet úmrtí než je očekáváno.

příčinou úmrtí u anorexie je hladovění.

Oproti mentální anorexii, kde je vysoké riziko mortality známé, se toho o úmrtí u mentální bulimie ví velmi málo. V nedávné studii Huase et al. (2012), která se zabývala mortalitou pacientů s vážnou bulimií, vyšlo najevo, že i tito pacienti mají zvýšené riziko úmrtí (SMR 5,52). Nejčastější příčinou smrti byla rovněž sebevražda. Z deseti pacientů u nichž bylo úmrtí registrováno, jich spáchalo sebevraždu šest (SMR pro suicidium je 30,9). Franko et al. (2013) udávají ve své studii SMR 4,37 pro mentální anorexii a 2,33 pro mentální bulimii. Ze šestnácti úmrtí byly sebevraždou zaviněny čtyři a to u pacientů s mentální anorexií. Ze třech zemřelých pacientů, kteří trpěli mentální bulimií, bylo jedno úmrtí způsobeno jaterní cirhózou pro chronický abúzus alkoholu. Další dvě úmrtí byla způsobena akutní bronchopneumonií a prolapsem mitrální chlopně.

3. Komorbidita

Pojem komorbidita obecně značí výskyt dvou a více psychických poruch u jednoho pacienta (Kalina & Minařík, 2015). World Health Organization (WHO, 1995) definuje pojem komorbidita nebo duální diagnóza jako souběžný výskyt poruchy z užívání psychoaktivní návykové látky a další duševní poruchy u téhož jedince.

Psychiatrická komorbidita má velký dopad na psychosociální fungování pacienta a jeho kvalitu života. U pacientů užívajících návykové látky s komorbiditou další duševní poruchy byla prokázána vyšší prevalence sebevražd a signifikantní zvýšení počtu psychiatrických hospitalizací. Tito pacienti vykazují také zvýšenou míru rizikového chování, které může vést k negativním psychosociálním důsledkům (vyšší míra nezaměstnanosti a bezdomovectví) a k násilnému a kriminálnímu chování.

Nejčastěji se mezi uživateli drog vyskytuje depresivní porucha (12–80 %), úzkostná porucha, konkrétně panická porucha a posttraumatická stresová porucha (35 %). U více než 35 % uživatelů drog se také objevuje komorbidita poruch příjmu potravy (v kontrastu s prevalencí v obecné populaci, která je 1–3 %). Komorbidita užívání návykových látek je častější u pacientů s psychotickými poruchami, zejména u schizofrenie (30–66 %) a bipolární afektivní poruchy (40–60 %) a u poruch osobnosti (disociální porucha a hraniční typ emočně nestabilní poruchy). V posledních letech byla také stále častěji zaznamenávána komorbidita ADHD a užívání návykových látek.

Identifikace psychiatrické komorbidity u uživatelů návykových látek může být značně problematická, jelikož účinky návykových látek mohou napodobovat příznaky jiných duševních poruch. Značně obtížné je také nastavení terapie. Ohledně nejlepší strategie léčby stále panují neshody. Terapeutický přístup k duálním diagnózám by měl brát v úvahu obě poruchy a vybrat tu nejlepší možnost léčby pro každého jedince individuálně (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2015).

3.1 Komorbidita poruch příjmu potravy a užívání návykových látek

Je známo, že široká škála psychiatrických poruch je běžná mezi pacienty, kteří mají problémy s alkoholem nebo jinými drogami (Ross, Glaser & Germanson, 1988). Převládá názor, že častěji se vyskytují společně zejména různé formy návykového chování, včetně poruch příjmu potravy (Taylor et al., 1993).

Na téma poruchy příjmu potravy a užívání návykových látek bylo v posledních několika desetiletích provedeno mnoho studií, ve kterých se u těchto dvou poruch opakovaně prokázala vysoká míra komorbidity (Conason, Klomek & Sher, 2006; Dansky,

Brewerton & Kilpatrick, 2000; Dunn, Larimer & Neighbors, 2002; Gadalla & Piran, 2007; O'Brian & Vincent, 2003).

Komorbidita poruch příjmu potravy a abúzu návykových látek s sebou přináší signifikantní zdravotní komplikace (Gadalla & Piran, 2007) a je spojena se značnou morbiditou v medicínském smyslu, psychologickou a sociální morbiditou (Dunne, Feeney & Schipperheijn, 1991). Souběžný výskyt těchto poruch predikuje horší průběh obou nemocí a výsledky léčby (Harrop & Marlatt, 2010; Keel, Mitchell, Miller, Davis & Crow, 1999). U jedinců s abúzem návykových látek i u jedinců s poruchou příjmu potravy bylo prokázáno nejvyšší riziko předčasného úmrtí ze všech duševních onemocnění (Franko et al., 2005; Harris & Barraclough, 1998; Harrop & Marlatt, 2010; Slane, Burt & Klump, 2012). Dohromady tak tyto dvě onemocnění mohou tvořit nebezpečnou až smrtelnou kombinaci (Franko et al., 2005; Keel et al., 2003).

Na mortalitu žen s poruchou příjmu potravy a psychiatrickou komorbiditou se zaměřuje tým Kaska et al. (2016). Ti zjistili, že u žen s mentální anorexií a další psychiatrickou poruchou existuje vyšší SMR, než u žen bez komorbidit, přičemž současné užívání návykových látek, především závislost na alkoholu, zvyšuje mortalitu z přirozených příčin.

Zvýšený výskyt užívání návykových látek byl prokázán především u žen s diagnózou mentální bulimie a mentální anorexie purgativního typu. Naopak u restriktivního typu mentální anorexie prokázán buď nebyl vůbec, anebo v signifikantně menší míře (Holderness, Brooks-Gunn & Warren, 1994; Piran & Gadalla, 2006; Stock, Goldberg, Cobett & Katzman, 2002; Slane et al., 2012).

3.2 Prevalence

Jak uvádí Franko et al. (2005), podle studia několika jiných prací, celoživotní prevalence závislosti na alkoholu se u žen s restriktivním typem anorexie pohybovala od 2 do 6 %, u žen s purgativním typem od 12 do 27 % a u žen s mentální bulimií od 2,9 do 48,6 % s mediánem 22,9 %. V domácí studii, kterou provedli Krch a Faltus (1988) byla zjištěna závislost na alkoholu u 8 (13 %) z 60 patientek. Pět z nich již v minulosti absolvovalo protialkoholní léčbu a sedm z těchto osmi patientek byly ženy s diagnózou mentální bulimie.

Podle různých studií se konzumace alkoholu u žen s bulimií pohybovala v rozmezí 10,7 až 88,9 % s mediánem 23,2 %. U žen s restriktivní anorexií tři různé studie udávají hodnoty 0 %, 4,8 % a 34 % (Holderness et al., 1994).

Z klinického vzorku žen s bulimií vykazovalo 39 % známky abúzu návykových látek nebo závislost, z ne-klinického vzorku to bylo 26 % žen (Hudson et al., 1987). Jak

uvádí Grilo, Sinha a O'Malley (2002) vysoká míra výskytu komorbidity poruch příjmu potravy a abúzu alkoholu byla pozorována obzvláště u klientů v terapeutickém procesu. Piran a Gadalla (2006) zjistili, že největší procento žen se závislostí na alkoholu se vyskytuje ve skupině od 15 do 24 let (9,3 %). O něco méně jich je ve skupině 25–44 let (3,7 %) a nejmenší procento závislých žen je ve skupině nad 44 let (1,2 %).

Tak jako byla prokázána zvýšená prevalence užívání návykových látek u žen s poruchou příjmu potravy, tak bylo zjištěno, že tento vztah platí i naopak. Tedy že u žen, které rizikově užívají alkohol, se oproti běžné populaci vyskytuje více poruch příjmu potravy (Holderness et al., 1994; Wilson, 1993). Například Taylor et al. (1993) zjistili, že okolo 30 až 40 % žen léčených na abúzus alkoholu udává ve své anamnéze poruchu příjmu potravy. V další studii autoři uvádí, že 35 % žen léčících se pro závislost na alkoholu má v anamnéze předchozí poruchu příjmu potravy a dokonce až 50 % bulimiček udává abúzus alkoholu (40 %) nebo užívá nadměrné množství alkoholu (10 %) (Beary, Lacey & Merry, 1986). Lacey a Moureli (1986) zjistili, že 40 % léčících se závislých žen trpí bulimií nebo jí trpěly v minulosti. Peveler a Fairburn (1990) referují o výsledcích studie, ve které zkoumali prevalenci poruch příjmu potravy u žen, které byly léčeny pro abúzus alkoholu. Třicet šest procent respondentek trpělo záchvatovitým přejídáním, 26 % žen splňovalo diagnostická kritéria pro poruchu příjmu potravy a 19 % žen udávalo mentální anorexii v minulosti. Zvýšenou prevalenci poruch příjmu potravy u žen, které se léčí pro abúzus alkoholu dokládají ve své studii i Goldbloom, Naranjo, Bremmer a Hicks (1992).

Vysokou míru prevalence mentální bulimie u žen závislých na alkoholu prezentuje Suzuki, Higuchi, Yamada, Komiya a Takagi (1993). Studie se zúčastnilo 29 japonských žen mladších 30 let léčících se pro závislost na alkoholu, u kterých byla zjištěna porucha příjmu potravy. Téměř všechny tyto ženy trpěly mentální bulimií (90 % žen udávalo záchvatovité přejídání a indukované zvracení v posledních třech měsících). Dvanáct žen z 29 mělo dříve rozvinutou mentální anorexii, u 10 z nich se současně vyvinula bulimie a u dvou žen mentální anorexie nadále přetrvávala. Průměrný věk při nástupu poruchy příjmu potravy byl 18,3 roku (16,9 roků při nástupu anorexie a 19 roků při nástupu bulimie). Oproti kontrolní skupině žen s abúzem alkoholu bez poruchy příjmu potravy je zajímavé, že ve skupině závislých žen s poruchou příjmu potravy se v signifikantně větší míře objevovala depresivní porucha (55 % vs. 19 %) a hraniční typ poruchy osobnosti (62 % vs. 19 %).

Schuckit et al. (1996) naopak zjistili, že z 2 283 žen s primární a sekundární závislostí na alkoholu byla mentální anorexie přítomna pouze u 1,41 % a mentální bulimie u 6,17 %. U žen s primárním alkoholismem byla prevalence poruch příjmu potravy ještě nižší. Mentální anorexie se objevila u 1,26 % a mentální bulimie u 3,46 %.

Dle Harropa a Marlatta (2010) výsledky studií naznačují, že míra prevalence

poruch příjmu potravy u žen s abúzem alkoholu je signifikantně vyšší než v obecné populaci. I u této skupiny vychází najevo, že s abúzem alkoholu mají více společného mentální bulimie nebo bulimický typ mentální anorexie než restriktivní forma anorexie, která byla zjištěna u 2 až 10 % sledovaných žen závislých na alkoholu (Krch, 1999b).

Komorbidita byla sledována u různých typů poruch příjmu potravy i u populace lidí závislých na alkoholu. Výzkumy byly prováděny jak na klinické populaci, tak na neklinickém vzorku respondentů (Harrop & Marlatt, 2010). Nejvíce studií bylo provedeno na téma abúzu alkoholu v kombinaci s poruchou příjmu potravy, nicméně zvýšená prevalence oproti běžné populaci byla zjištěna i u jiných typů návykových látek (Herzog et al., 2006).

Výsledky naznačují, že vysoká míra výskytu poruch příjmu potravy u žen s abúzem alkoholu nemůže být považována za náhodu (Peveler & Fairburn, 1990). Toto zjištění má teoretický i praktický význam: Může naznačovat společné etiologické faktory a ovlivnit odpověď na léčbu (Taylor et al., 1993).

3.3 Etiologie

Ačkoli literatura neposkytuje jasné vysvětlení vztahu mezi poruchami příjmu potravy a užíváním drog, existuje několik hypotéz, které se o to pokoušejí.

Harrop a Marlatt (2010) ve své práci na základě přezkoumání 13 odborných studií identifikovali pět různých teorií, které se zabývají etiologií této komorbidity. Je to model závislosti, model genetické a familiární dědičnosti, biologický model, model osobnostní a temperamentové vulnerability a vývojové trajektorie (chronologicky uspořádané společenské role a zkušenosti).

Model závislosti Biopsychosociální model závislosti navržený Cooperem (1989) je jedním z prvních modelů, který se zaměřuje na problematiku komorbidity poruch příjmu potravy a užívání návykových látek. Model upozorňuje na podobnosti mezi příznaky obou poruch, včetně cravingu, ztráty kontroly a popírání. Cooper tvrdí, že poruchy příjmu potravy a porucha užívání návykových látek mají podobný účel, ale liší se v projevech onemocnění. Vzhledem k vysoké míře relapsu u obou poruch zdůrazňuje význam prevence relapsu. Nicméně, podle Harropa a Marlatta (2010) je tento model příliš zjednodušující a nevysvětluje například odlišnosti u obou poruch.

Model genetické a familiární dědičnosti Tento model zkoumá genetické souvislosti mezi oběma poruchami a rodinné rizikové faktory. Hypotézu ohledně dědičných faktorů navrhli Pearlstein (2002) nebo Peveler a Fairburn (1990). Z výzkumu, který

provedli Ranson, McGue a Iacoro (2003) ale vyplývá, že každá z poruch má oddělené neinteragující genetické faktory, což naznačuje, že poruchy příjmu potravy a porucha užívání návykových látek nejsou různé projevy stejného onemocnění, ale spíše se jedná o dvě odlišné poruchy, které sdílejí podobné symptomy.

Biologický model Biologický model upozorňuje na fyzické aspekty obou poruch a naznačuje, že základní příčinou komorbidity jsou sdílené biologické faktory. Pro obě onemocnění jsou charakteristické poruchy v dopaminergním systému a dalších neurologických systémech (serotoninovém, GABA a endogenním opiátovém systému). Obě poruchy zahrnují hubnutí, zvýšení nebo snížení chuti k jídlu, snížení či zvýšení tepové frekvence, amenoreu, únavu, svalovou slabost, nespavost, zvracení, průjem, úzkost, sexuální dysfunkci, zácpu, nauzeu, neklid a potíže se soustředěním (Pearlstein, 2002). Zajímavý efekt má také vliv hladovění na užívání návykových látek. V animálních výzkumech, které cituje Bulik et al. (1992) bylo zjištěno, že krysy, které byly vystavené nutriční deprivaci, konzumovaly větší množství alkoholu než kontrolní skupina.

Model osobnostní a temperamentové vulnerability Jednotlivé poruchy příjmu potravy se od sebe výrazně liší, pokud jde o chování a osobnostní rysy. Pacienti s anorexií více vykazují rysy obsedance, perfekcionismu a citlivosti. Pacienti s restriktivní formou anorexie jsou často plašší, úzkostní a dysforičtí, zatímco pacienti s purgativní formou jsou více společenější, otevřenější a náladoví. Chování pacientů s bulimií naopak kolísá mezi extrémní zdrženlivostí a disinhibicí. Tito pacienti jsou více kompulzivní, impulzivní, otevření a náladoví (Vitousek & Manke, 1994). Tyto vlastnosti jednak mohou vzniku poruchy příjmu potravy předcházet nebo se mohou vyvinout jako reakce na již probíhající poruchu. Osobnostní rysy, které mohou předcházet vzniku mentální anorexie jsou perfekcionismus, obsedance, vyhýbání se ohrožení (harm avoidance), neuroticismus a sociální izolace. Pro mentální bulimii to je impulzivita, schopnost reakce na stres, vyhledávání nového (novelty seeking), afektivní dysregulace, interpersonální vnímavost a nízké sebevědomí (Pearlstein, 2002). Mnoho z těchto osobnostních rysů můžeme najít také u uživatelů návykových látek, konkrétně vyhledávání nového, negativní emocionalitu, menší zábrany, neuroticismus, disinhibici a negativní afektivitu (Grekin, Sher & Wood, 2006). Osobnostní modely komorbidity naznačují, že tyto podobné osobnostní a temperamentové vlastnosti mohou ovlivňovat vulnerabilitu jedince a vést tak k rozvoji obou poruch současně. Thompson-Brenner et al. (2008) zkoumali osobnostní rysy spojené s užíváním návykových látek a naopak zjistili, že vývoj poruch příjmu potravy a poruchy užívání návykových látek podporují různé osobnostní rysy. Zatímco behaviorální dysregulace predikuje rozvoj poruchy užívání návykových látek, vyhýbání se ohrožení, obsedance a citlivost predikuje vývoj poruchy příjmu potravy.

Ačkoli je z prezentovaných teorií vidět, že poruchy příjmu potravy a porucha užívání návykových látek spolu sdílejí mnoho společných aspektů, žádná z hypotéz komorbiditu dostatečně přesně nevysvětluje. Poruchy se zdají být odlišné, což možná dělá tuto komorbiditu zvláště nebezpečnou. Jedinci s příznaky obou poruch totiž možná ve skutečnosti přijímají dvakrát více rizikových faktorů, než jedinci s jedinou rozvinutou poruchou (Harrop & Marlatt, 2010). Etiologií komorbidit poruchy příjmu potravy a užívání návykových látek se zabývá také Grilo et al. (2002).

3.4 Jiná vysvětlení komorbidit PPP a abúzu alkoholu

Z výsledků studií, které našly pozitivní souvislost mezi poruchami příjmu potravy a abúzem alkoholu vyplývá, že prevalence této komorbidit je mnohem vyšší, než by se dalo očekávat náhodou (Peveler & Fairburn, 1990). Podle Pavlové (2010b) se na základě populačních studií v západní Evropě a USA pohybuje celkový odhad celoživotní prevalence mentální anorexie u žen v rozmezí 0,5–2,2 %. Celoživotní prevalence mentální bulimie se u žen v USA a Kanadě pohybuje mezi 1,1–2,8 %. Podle Pevelera a Fairburna (1990) lze na základě výsledků ze studií, které zjistily vysokou prevalenci této komorbidit, předpokládat, že mezi těmito dvěma poruchami může existovat specifická souvislost. Na interpretaci výsledků studií, by ale mělo být nahlíženo s obezřetností, protože může existovat i jiné vysvětlení takto vysoké prevalence.

Kutcher, Whitehouse a Freeman (1985) a Esman, Dechillo a Moughan (1986) upozorňují, že prevalence poruch příjmu potravy může být zvýšena napříč všemi psychiatrickými diagnózami. Toto zjištění ale nepotvrdila třetí studie Whitehouse, Adamse a Marche (1989).

Někteří autoři uvádí, že vysokou prevalenci lze vysvětlit detekčním² nebo selekčním zkreslením³ (nebo tzv. refferal bias) a tudíž nemusí představovat skutečnou asociaci mezi poruchami. Je možné, že pacienti s oběma poruchami častěji vyhledávají léčbu pro jednu nebo druhou poruchu než pacienti, kteří trpí pouze jedním onemocněním. Rovněž je pravděpodobné, že pacienti s poruchou příjmu potravy nebo se závislostí na alkoholu jsou více odesíláni do specializované léčby, pokud jejich porucha koexistuje s jinou formou zneužívání návykových látek (Lacey & Mourel, 1986; Peveler & Fairburn, 1990; Taylor et al., 1993).

Schuckit et al. (1996) zjistili, že ženy s primárním alkoholismem mají pouze mírně zvýšené riziko bulimie a riziko mentální anorexie je srovnatelné s obecnou po-

²Detekční bias vzniká tehdy, jsou-li osoby s rizikovými faktory pravděpodobněji detekovány jako případ, protože jsou intenzivněji sledovány nebo vyšetřovány než osoby bez expozice.

³Selekční bias je systematická chyba v designu epidemiologické studie, která vyplývá z metody výběru. Vzniká, když se do studie vybírají osoby odlišné – liší se charakteristikami, které mají vztah k expozici nebo nemoci a ovlivňují tak výsledek pozorování (Šejda, Šmerhovský & Göpfertová, 2005).

pulací. Tito autoři dospěli k závěru, že obě poruchy příjmu potravy se u žen závislých na alkoholu objevují relativně zřídka a jejich souvislost s alkoholismem vychází z kontextu preexistujících nebo sekundárních psychiatrických poruch (disociální porucha osobnosti, depresivní porucha, jiná látková závislost kromě alkoholu).

Suzuki et al. (1993) poukazují na to, že v mnoha případech lze u jedinců s komorbiditou najít hraniční typ emočně nestabilní poruchy osobnosti. Přicházejí tedy s vysvětlením, že impulzivní a sebe destruktivní chování hraničního typu osobnosti může přispívat k vývoji záchvatovitého přejídání i abúzu alkoholu. To znamená, že hlavní roli zde hraje spíše hraniční typ osobnosti než porucha příjmu potravy nebo abúzus alkoholu.

Část II

PRAKTICKÁ ČÁST

4. Výzkumné cíle a otázky

Prevalence abúzu alkoholu u žen s poruchou příjmu potravy byla v minulých letech v zahraničním výzkumu poměrně dobře zmapována. Menší část studií se naopak věnuje problematice výskytu poruch příjmu potravy u žen, které se potýkají s rizikovým pitím alkoholu a se závislostí. Výsledky dosavadních studií sice poukazují na vyšší prevalenci výskytu této komorbidity, nicméně nadále přináší rozporuplné výsledky.

Cílem výzkumu je ověřit souvislost mezi abúzem alkoholu a poruchami příjmu potravy. Konkrétně se jedná o mentální anorexii, mentální bulimii a záchvatovité přejídání. Tato souvislost bude ověřena zjištěním prevalence poruch příjmu potravy u žen, které podstupují ústavní léčbu pro abúzus alkoholu.

4.1 Výzkumné otázky

Na základě stanovených výzkumných cílů, byly formulovány následující čtyři výzkumné otázky:

1. Jaká je celková prevalence poruch příjmu potravy u žen, které podstupují ústavní léčbu pro abúzus alkoholu (splněna kritéria pro mentální anorexii, mentální bulimii nebo záchvatovité přejídání dle Munich ED-Quest)?
2. Jaká je prevalence mentální anorexie (dle DSM-V) u žen, které podstupují ústavní léčbu pro abúzus alkoholu (splněna kritéria pro mentální anorexii Munich ED-Quest)?
3. Jaká je prevalence mentální bulimie (dle DSM-V) u žen, které podstupují ústavní léčbu pro abúzus alkoholu (splněna kritéria pro mentální bulimii dle Munich ED-Quest)?
4. Jaká je prevalence záchvatovitého přejídání (dle DSM-V) u žen, které podstupují ústavní léčbu pro abúzus alkoholu (splněna kritéria pro záchvatovité přejídání dle Munich ED-Quest)?

5. Metody získávání dat

Ke sběru dat kvantitativní povahy bylo použito dvou dotazníků. Prvním dotazníkem je Test pro identifikaci poruch způsobených užíváním alkoholu a druhým je Munich Eating Disorder Questionnaire v české verzi. Dotazníky doplňuje několik otázek na sociodemografické údaje respondentek.

5.1 Test pro identifikaci poruch způsobených užíváním alkoholu

Test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT) byl vyvinut v 80. letech Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Jedná se o jednoduchý screeningový dotazník zaměřující se na včasnou detekci osob s rizikovou konzumací alkoholu. Dotazník pomáhá odhalit míru závažnosti konzumace alkoholu, umožňuje identifikovat osoby s problémy s alkoholem a určit vhodnou následnou intervenci.

Dotazník se skládá z 10 položek, z nichž první tři se týkají rizikového pití alkoholu, další tři zjišťují výskyt příznaků závislosti a poslední čtyři se zaměřují na indikátory škodlivého pití alkoholu. Je zaměřen primárně na dospělou populaci. Vyplnění dotazníků může probíhat samostatně nebo jako strukturované interview.

Výhodou tohoto screeningového nástroje je jeho konzistentnost s definicemi škodlivého pití a závislosti na alkoholu dle MKN-10. Dotazník má testovanou reliabilitu (test-retest reliabilita, vnitřní konzistence) a validitu (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001). Nedávný systematický přehled literatury dospěl k závěru, že AUDIT je nejlepší screeningový nástroj pro celý rozsah problémů s alkoholem v primární péči i ve srovnání s takovými dotazníky jakými jsou CAGE a MAST (Fiellin, Reid & O'Connor, 2000).

Vyhodnocení dotazníku AUDIT lze provést jako celkové orientační hodnocení nebo hodnocení podrobné. V této práci je využito pouze hodnocení celkové. V celkovém hodnocení platí, že vyšší skóre indikuje vyšší pravděpodobnost rizikového užívání alkoholu, reflektuje závažnost problémů s alkoholem a závislosti a stejně tak potřebu intenzivnější léčby. Celkový skóre 8 a vyšší (u osob nad 65 let skóre 7 a vyšší) poukazuje na riziko škodlivého pití, přičemž skóre 8–15 představuje střední úroveň problémů s alkoholem, skóre 16–19 značí vysokou úroveň problémů s alkoholem a skóre 20 nebo vyšší indikuje závislost na alkoholu.

Celkové hodnocení doplňuje hodnocení podrobné, které výsledné skóre specifikuje. Skóre 1 nebo více bodů u otázky 2 a 3 ukazuje na rizikové pití alkoholu, skóre vyšší než 0 bodů u otázky 4–6 indikuje přítomnost nebo počáteční stádium závislosti

na alkoholu a skór 1 nebo více bodů u otázek 7–10 ukazují na již poškozené zdraví v souvislosti s konzumací alkoholu.

AUDIT není diagnostickým nástrojem a neopravňuje k formálnímu stanovení diagnózy závislosti na alkoholu. Pro stanovení diagnózy je potřeba další diagnostické vyšetření (Babor et al., 2001). Dotazník není standardizovaný na českou populaci, pro účel této práce je však tento nástroj vhodný a plně dostačující.

Úloha tohoto nástroje spočívá především v ověření kritéria abúzu alkoholu pro zařazení do výzkumu.

5.2 Munich Eating Disorder Questionnaire

Munich Eating Disorder Questionnaire (Munich ED-Quest) je sebehodnotící dotazník vhodný pro diagnostické účely a hodnocení závažnosti poruch příjmu potravy ve výzkumu i klinické praxi. Je určený pro věkovou skupinu 12–65 let a může být zadán psychology, lékaři, pedagogy a dalšími pracovníky ve zdravotnictví. Dotazník mapuje postoje, chování a další příznaky, které se u poruch příjmu potravy často vyskytují.

Munich ED-Quest obsahuje 65 otázek, z nichž některé jsou rozděleny do několika dílčích položek. U většiny položek jsou výsledky kódovány na pěti bodové škále od 0 (příznak se nevyskytuje) do 4 (příznak/problém je velmi závažný/vyskytuje se často). Dotazník mapuje současný stav i historii. Respondent hodnotí, zda byl příznak přítomný v posledních třech měsících před vyplněním dotazníku a zároveň hodnotí nejhorší manifestaci příznaku v jeho minulosti, což je období od 12 let věku do posledních třech měsíců před vyplněním dotazníku. Výsledky dotazníku (diagnózy) jsou kompatibilní s diagnostickými kritérii poruch příjmu potravy dle DSM-V.

Analýza dat se provádí pomocí standardizovaného počítačového nebo papírového algoritmu. Získaná data je navíc možné porovnat se srovnávacími hodnotami a percentilovými normami získanými na vzorku 605 mužů a žen, kteří byli hospitalizováni pro poruchu příjmu potravy, s kontrolní skupinou, kterou tvoří psychosomatictí hospitalizovaní pacienti bez poruchy příjmu potravy a s 547 zdravými ženami. K dispozici jsou i data pro mentální anorexii a mentální bulimii (Munich ED-Quest, 2016).

Dotazník má testovanou validitu (faktoriální a konvergentní) a reliabilitu (vnitřní konzistence a test-retest) (Fichter, Quadflieg, Gierk, Voderholzer & Heuser, 2015).

Pro výzkumné účely je dotazník volně ke stažení v anglickém a německém jazyce na webových stránkách Kliniky psychiatrie a psychoterapie Mnichovské univerzity a byl použit se souhlasem autora Dipl.-Psych. Norberta Quadfliega⁴. Dotazník byl

⁴<http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Klinik-und-Poliklinik-fuer-Psychiatrie-und-Psychotherapie/de/forschung/forschungsfelder/essstoerungen/evaluation/index.html#a>

přeložen z anglické verze do českého jazyka, správnost překladu byla zkontrolována překladatelkou.

Munich ED-Quest byl vybrán především z důvodu kompatibility diagnóz poruch příjmu potravy s diagnózami dle DSM-V. Díky tomu je možné srovnání výsledků této práce s ostatními výzkumy, které pro diagnostiku používaly rovněž kritéria DSM. Je-liž pátá revize DSM manuálu vstoupila v platnost teprve nedávno, je tento dotazník k našemu vědomí jediným nástrojem, který je v souladu s těmito novými kritérii. Významnou nevýhodou tohoto dotazníku je však jeho náročnost.

6. Výzkumný soubor

Základní soubor tvoří všechny ženy, které v současnosti podstupují ústavní léčbu pro abúzus alkoholu. Podle posledních dostupných informací bylo v roce 2015 v ČR evidováno 9 521 hospitalizací pro abúzus alkoholu (počet propuštěných a zemřelých v psychiatrických lůžkových zařízeních hospitalizovaných na poruchy vyvolané alkoholem, dg. F10), z toho hospitalizováno bylo 2 959 žen. Diagnóza F10 – poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu – byla v roce 2015 vůbec nejčastějším důvodem hospitalizace v psychiatrických lůžkových zařízeních. U žen se jedná o pátý nejčastější důvod hospitalizace v psychiatrickém zařízení. Nejvíce hospitalizací na 100 tis. obyvatel bylo zjištěno u pacientů s trvalým bydlištěm v Olomouckém, Zlínském a Moravskoslezském kraji. Nad celorepublikovým průměrem (90,3 hospitalizací/100 tis. obyvatel) vynikal ještě Pardubický kraj, Jihomoravský kraj a Praha (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [ÚZIS], 2016).

6.1 Výběrový soubor

Výběrový soubor je podmnožina základního souboru. Výběr zařízení proběhl metodou záměrného výběru přes instituce. Je to nepravděpodobnostní metoda, kdy využíváme určitého typu služeb nebo činnosti instituce určené pro cílovou skupinu, která nás zajímá (Miovský, 2006). Výběr respondentů probíhal metodou založenou na základě dobrovolnosti, tzn. že do dotazníkového šetření byl zařazen každý, kdo splňoval kritéria pro účast ve studii a projevil zájem se zúčastnit.

Kritériem pro vstup do výzkumu bylo ženské pohlaví, věk minimálně 18 let, aktuální hospitalizace v lůžkovém psychiatrickém zařízení pro abúzus alkoholu a dobrovolná účast za předpokladu porozumění a podepsání informovaného souhlasu.

7. Proces získávání dat

Výzkum probíhal metodou dotazníkového šetření od dubna 2016 do června 2017 na oddělení 8/AT ženy v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Jedná se o příjmové oddělení pro ženy léčící se ze závislosti na návykových látkách. Primářkou oddělení v době šetření byla MUDr. Otilie Bartáková. Celkem se výzkumu zúčastnilo 67 klientek. Poměrně velké množství dotazníků muselo být následně z analýzy vyřazeno z důvodu nevyplnění všech položek. Příčinou byla zřejmě obsáhlost a časová náročnost dotazníků. Celkem bylo vyřazeno 16 dotazníků (23,9 %). Analyticky zpracováno bylo 51 dotazníků.

Návštěva oddělení proběhla vždy po dohodě s primářkou oddělení. Ve většině případů probíhalo zadávání dotazníků za přítomnosti psychologa. Dotazníky byly respondentkám předloženy v době volna mezi denními aktivitami. Snaha byla co nejméně narušit probíhající program. Ženy, které splňovaly kritéria pro zařazení do výzkumu a měly zájem se dotazníkového šetření zúčastnit, byly shromážděny v jídelně. Respondentky dostaly informace o cíli a očekávaném přínosu výzkumu, bylo vysvětleno, jak bude sběr dat probíhat a co se od nich očekává a byla připomenuta etická pravidla, zejména ohledně dobrovolné účasti a anonymní povahy dat. Následně byly rozdány dotazníky spolu s detailnějšími informacemi pro účastníky výzkumu a informovaným souhlasem. V průběhu kompletace dotazníků byla autorka po celou dobu respondentkám k dispozici pro případné dotazy. Časová náročnost vyplnění dotazníků byla 10 až 35 minut. Respondentky odevzdávaly dotazníky spolu s informovaným souhlasem do vlastních rukou autorky. Žádná další osoba neměla k vyplněným dotazníkům přístup. Celkově byl čas strávený na oddělení během jednoho sběru dat přibližně 40 minut.

Během prvního dotazování 13. dubna 2016 bylo sesbíráno celkem 21 dotazníků, z toho 8 muselo být kvůli neúplné kompletaci vyřazeno a 13 (61,9 %) dotazníků bylo podrobeno analýze. Během druhého sběru dat 4. listopadu 2016 se podařilo vybrat 20 dotazníků, z toho byly 3 dotazníky vyřazeny a 17 (85 %) jich bylo zařazeno do analýzy. Ve třetím dotazování 17. března 2017 bylo vybráno 17 dotazníků, 4 byly vyřazeny a 13 (76,5 %) jich bylo zařazeno do výzkumu. Při čtvrtém sběru dat 5. května se podařilo sesbírat pouze pět dotazníků, z toho jeden musel být vyřazen, kvůli nesplnění podmínek vstupu do výzkumu. Úspěšnost čtvrtého sběru byla 80 %. Poslední pátý sběr se uskutečnil 30. června a byly při něm vybrány pouze čtyři dotazníky, které byly všechny zařazeny do analýzy.

Vzhledem k relativně vysokému počtu vyřazených dotazníků byla po prvním sběru dat mírně upravena grafická stránka dotazníku mapujícího poruchy příjmu potravy, což zřejmě přispělo k vyššímu počtu správně vyplněných dotazníků zařazených do studie.

8. Metody analýzy dat

Ke zpracování a analýze dat byly použity programy Microsoft Excel 2016 a IBM SPSS Statistics 23. Vyhodnocení dotazníků mapujících poruchy příjmu potravy Munich ED-Quest proběhlo pomocí standardizovaných papírových algoritmů pro mentální anorexii, mentální bulimii a záchvatovité přejídání. Algoritmy pro vyhodnocení poruch příjmu potravy jsou vyhotoveny ve dvou verzích. První verze algoritmu vyhodnocuje současný stav a týká se odpovědí za poslední tři měsíce. Druhá verze vyhodnocuje stav v minulosti, kdy došlo k maximálnímu projevu příznaků.

Dotazník AUDIT, který je zaměřený na abúzus alkoholu, byl vyhodnocen na základě dosažených skóre v SPSS a výsledky byly porovnány se standardním skórovacím systémem.

8.1 Průběh zpracování a analýzy dat

Prvním krokem po sběru dat bylo třídění sesbíraných dotazníků a vyřazení těch, které nebyly správně vyplněné nebo jejichž respondenty nesplnily kritéria pro vstup do výzkumu. Po kontrole dotazníků byly údaje z papírových dotazníků převedeny do datové matice v programu Excel a nahrány do statistického programu SPSS, kde byly analyzovány pomocí metod deskriptivní statistiky. Vybrané výsledky byly poté upraveny do tabulek a grafů.

9. Etické normy a pravidla výzkumu

Všechny účastnice výzkumu byly chráněny etickými pravidly. Mezi hlavní etické normy, které byly během výzkumné činnosti dodrženy, patří souhlas s účastí ve výzkumu, ochrana soukromí a osobních údajů a ochrana před poškozením či újmou účastnic výzkumu. Výzkum byl proveden v souladu s platným zákonem o ochraně osobních údajů (zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů).

Všechny potencionální účastnice byly seznámeny s etickými pravidly výzkumu, zejména pak s cílem a účelem výzkumu, nakládáním s osobními údaji a jejich zapojením do projektu. Účastnicemi výzkumu se staly až po udělení souhlasu s účastí ve výzkumu, tzn. že výzkum byl proveden pouze s osobami, které předem dobrovolně a ze své vlastní vůle udělily písemný informovaný souhlas. Podpisem informovaného souhlasu účastnice stvrzuje, že rozumí účelu a důsledkům výzkumu, je si vědoma rizik, které z povahy výzkumu vyplývají, a stejně tak svých práv. Každá účastnice má právo kdykoli od výzkumu odstoupit, a to bez udání důvodů. Účastnice výzkumu byly předem informovány, kdo a za jakým účelem bude mít přístup k získaným informacím. Přístup k osobním údajům měla pouze autorka výzkumu, žádná další osoba neměla možnost jakékoliv manipulace s osobními údaji. Byla vynaložena maximální snaha, aby v důsledku výzkumné činnosti nedošlo k poškození či újmě žádné účastnice výzkumu (dle Miovského, 2006).

Dotazníkové šetření v PN Bohnice probíhalo v souladu s vytyčenými etickými pravidly výzkumu a všechny účastnice s nimi byly podrobně seznámeny. Poučení o etice probíhalo ústní a písemnou formou. Všechny respondentky dobrovolně podepsaly informovaný souhlas. Data byla zpracována a analyzována v anonymizované podobě, tak aby nebylo možné jejich propojení s konkrétní osobou.

Výzkum probíhal se souhlasem etické komise PN Bohnice a primářky oddělení dr. Otilie Bartákové.

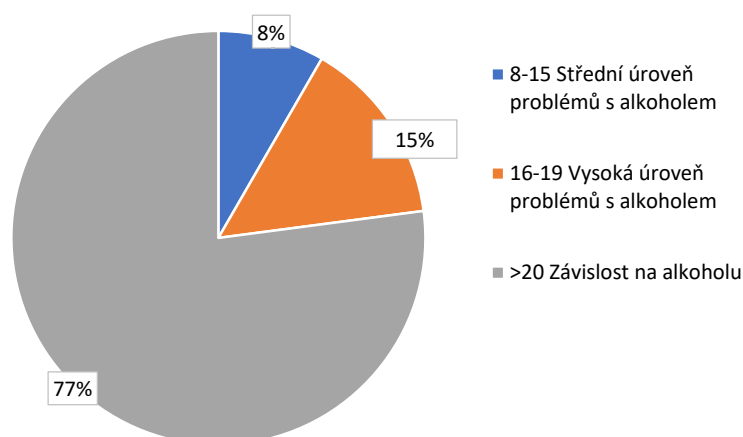
10. Výsledky

Za účelem zjištění prevalence poruch příjmu potravy u žen léčících se pro abúzus alkoholu byly ve výběrovém souboru aplikovány dva dotazníky – Munich Eating Disorder Questionnaire a Alcohol Use Disorders Identification Test. Dotazník AUDIT byl použit z důvodu identifikace závažnosti problémů s alkoholem a k ověření, zda všechny respondentky splňují kritérium rizikové užívání alkoholu pro zařazení do výzkumu.

Všechny respondentky z výběrového souboru dosáhly v dotazníku AUDIT skóre > 8 , což znamená, že u nich existuje riziko škodlivého pití. Až 77,1 % dosáhlo skóre > 20 , což indikuje závislost na alkoholu. Vysokou úroveň problémů s alkoholem vykazuje 14,6 % žen a pro 8,3 % platí střední úroveň problémů s alkoholem. Průměrné skóre je 26 bodů, minimální a maximální dosažené skóre bylo 12 a 40 bodů (Graf 10.1).

Dotazníky, ve kterém respondentky dosáhly skóre < 8 , byly z výzkumného souboru vyřazeny. Pravděpodobně se jednalo o případy, kdy respondentky vyplnily dotazník pro období v léčbě, a ne před léčbou, jak bylo avizováno.

Obrázek 10.1: Graf AUDIT skóre výběrového souboru



10.1 Popis výzkumného souboru

Celkem se dotazníkového šetření zúčastnilo 67 žen, ale pouze 51 dotazníků mohlo být zařazeno do analýzy.

Věkový průměr žen (Tabulka 10.1) ve výběrovém souboru činil 42,7 let s mediánem 41 let, přičemž nejmladší respondentce bylo 23 let a nejstarší 63 let. Ve věkové skupině 20–29 let se nacházelo 5 respondentek (10,2 %), ve skupině 30–39 let 13 respondentek (26,5 %), věkovou kategorii 40–49 let tvořilo 19 respondentek (38,8 %), ve věkové skupině 50–59 let bylo 7 respondentek (14,3 %) a v kategorii 60–69 let 5 respondentek (10,2 %).

Tabulka 10.1: *Věk a rozložení věkových skupin respondentek*

	N	%	Průměr	Medián
Věk			42,7	41,0
Věkové skupiny				
20–29 let	5	10,2		
30–39 let	13	26,5		
40–49 let	19	38,8		
50–59 let	7	14,3		
60–69 let	5	10,2		

Z hlediska místa bydliště pocházelo vzhledem k umístění PN Bohnice nejvíce respondentek z Hlavního města Prahy (66,7 %), dále ze Středočeského (11,8 %) a Ústeckého kraje (3,9 %). Největší počet respondentek dosáhl středoškolského vzdělání s maturitou (51,0 %), 25,5 % respondentek absolvovalo střední školu bez maturity, 19,6 % vysokou školu a po 2,0 % vyšší odbornou školu a základní školu.

Dále bylo ve výběrovém souboru 47,1 % zaměstnaných a 19,6 % nezaměstnaných žen, 7,9 % byly osoby samostatně výdělečně činné, 5,9 % bylo studentek, 5,9 % žen pobíralo starobní důchod, 3,9 % žen bylo na mateřské dovolené, 2,0 % pobírala invalidní důchod, a 2,0 % byla v pracovní neschopnosti. Na otázku týkající se rodinné situace odpovědělo 31,4 % respondentek, že jsou rozvedené, 29,6 % je vdaných, 19,6 % jich žije s partnerem, 17,6 % respondentek je svobodných a 2,0 % jsou ovdovělá (Tabulka 10.2).

10.2 Mentální anorexie

Diagnostika mentální anorexie dle dotazníku Munich ED-Quest zahrnuje celkem tři diagnostická kritéria. Ty platí jak pro diagnostikování současné poruchy, tak pro onemocnění, které probíhalo v minulosti před více než třemi měsíci. Je to výrazně nízká tělesná hmotnost, která se určuje pomocí Body Mass Indexu a pro ženy starší 17 let ji indikuje $BMI \leq 17,6$.

Z výběrového souboru pro současné období splnily první kritérium ($BMI \leq 17,6$) celkem 2 respondentky (3,9 %). Jejich BMI dosáhlo hodnot 16,53 a 17,36. Největší počet respondentek měl dle BMI kritérií⁵ normální váhu (64,7 %), 21,6 % mělo nadváhu a po jedné respondentce dosáhlo hodnocení obézní (2,0 %) a morbidně obézní (2,0 %) (Graf 10.2).

Naopak v období v minulosti mělo podváhu až 17 respondentek (33,3 %) a z toho 11 respondentek (21,6 %) dokonce výraznou podváhu, která dosahovala hodnot BMI

⁵Hodnoty Body Mass Indexu dle Trojana (2003): $BMI < 18,5$ = podváha, $BMI 18,5-25,0$ = normální váha, $BMI 25,1-30,0$ = nadváha, $BMI 30,1-40,0$ = obezita a $BMI > 40$ = morbidní obezita.

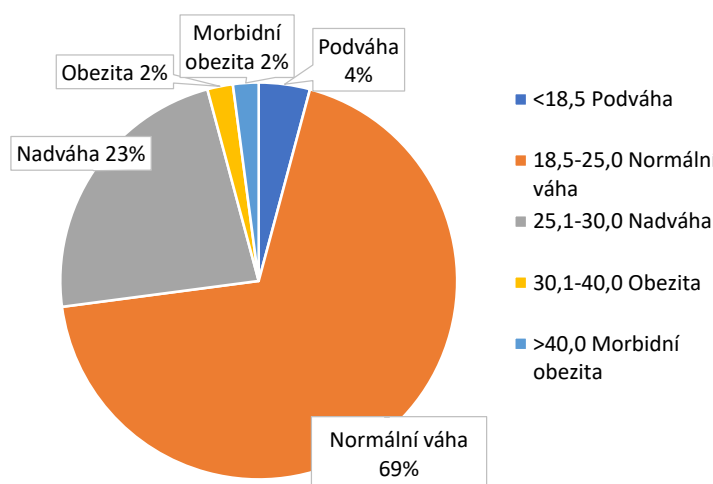
Tabulka 10.2: *Sociodemografické údaje respondentek*

	N	%
Nejvyšší dosažené vzdělání		
Základní	1	2,0
Středoškolské bez maturity	13	25,5
Středoškolské s maturitou	26	51,0
Vyšší odborné	1	2,0
Vysokoškolské	10	19,6
Místo bydliště – kraj		
Karlovarský	1	2,0
Královehradecký	1	2,0
Liberecký	1	2,0
Olomoucký	1	2,0
Plzeňský	1	2,0
Hl. m. Praha	34	66,7
Severomoravský	1	2,0
Středočeský	6	11,8
Ústecký	2	3,9
Západočeský	1	2,0
Zaměstnanecký status		
Zaměstnaná	24	47,1
Student	3	5,9
Nezaměstnaná	10	19,6
Invalidní důchodce	1	2,0
Starobní důchodce	3	5,9
Mateřská dovolená	2	3,9
OSVČ	4	7,9
Pracovní neschopnost	1	2,0
Rodinný status		
Svobodná	9	17,6
Žije s partnerem	10	19,6
Vdaná	15	29,4
Rozvedená	16	31,4
Ovdovělá	1	2,0

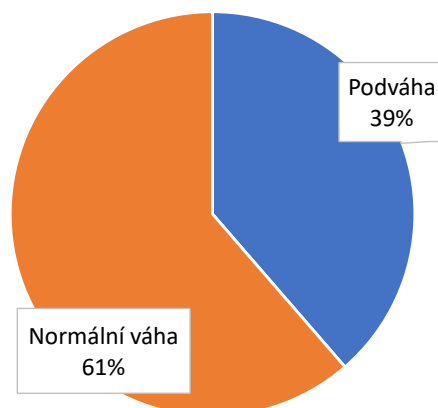
$\leq 17,6$. Pro minulé období se BMI respondentek vypočítávalo z jejich nejnižší váhy v dospělosti. Ostatní respondentky měly v té době BMI v rozmezí 18,5–25,0 tedy normální váhu (Graf 10.3).

Dalším kritériem je strach z intenzivního přibírání na váze nebo chování, které do přibírání na váze zasahuje. Toto kritérium hodnotí otázky č. 3 „*Měla jsem intenzivní strach z přibírání na váze nebo ze ztloustnutí*“ nebo č. 4 „*Dělala jsem všechno, co jsem mohla, abych zabránila přibírání na váze*“, přičemž je nutné, aby respondentky alespoň na jednu z těchto otázek odpověděly skórem ≥ 1 .

Obrázek 10.2: BMI současnost



Obrázek 10.3: BMI minulost



Celkem splnilo druhé kritérium 33 respondentek (64,7 %), což je více než polovina výběrového souboru. Pro současné období a zároveň pro období v minulosti odpovědělo kladně 30 respondentek, 2 odpověděly kladně jenom pro současné období a 3 pouze pro minulé období. Nejvíce respondentek však tyto otázky hodnotilo nejnižším kladným skórem 1, což značí nízkou závažnost.

Posledním kritériem je porucha vnímání tělesné hmotnosti nebo tělesných proporcí, jejich nežádoucí vliv na sebevědomí nebo nedostatečné uznání závažnosti současné nízké tělesné hmotnosti. Kritérium je splněno, jestliže je odpověď ≥ 1 na otázku č. 5 „Mé sebevědomí bylo nadměrně ovlivňováno tělesnými proporcemi a/nebo mojí hmotností“, č. 9 „Vnímání mé tělesné váhy bylo narušené (například jsem si myslela, že jsem příliš tlustá)“, č. 10 „Vnímání mých tělesných proporcí bylo narušené (například jsem si myslela, že určitá část mého těla je příliš velká)“ nebo č. 11 „Nezáleželo mi na tom, že moje podváha mohla poškozovat mé zdraví“.

Celkově odpovědělo alespoň na jednu otázku kladně a splnilo tak třetí kritérium 41 respondentek (80,4 %), což jsou více než tři čtvrtiny výběrového souboru. Pro současné a zároveň minulé období splnilo kritérium 38 respondentek, 2 respondentky splnily kritérium pouze pro současné období a jedna pro minulé období. Většina žen ale opět na tyto otázky odpověděla nejnižším kladným skórem 1.

Mentální anorexie může být diagnostikována v případě, jestliže byla splněna všechna tři kritéria. Tehdy přichází na řadu druhá část diagnostiky, která odhaluje, zda se jedná o purgativní nebo restriktivní typ. Tuto část hodnotí otázka č. 12a (epizody záchvatovitého přejídání), č. 52a (indukované zvracení), č. 53a (užívání laxativ), č. 54a (užívání diuretik), č. 55a (užívání anorektik), č. 56a (užívání léků na podporu štítné žlázy), č. 57b (zanedbání inzulínové terapie), č. 60 (provádění klyzma) a č. 60 (užívání emetik). Pokud respondentky odpověděly alespoň na jednu z těchto otázek skórem 1–

4, jedná se o purgativní typ a jestliže na všechny tyto otázky odpověděly 0, jedná se o restriktivní typ mentální anorexie. Toto rozdělení se využívá pouze při diagnostice současné poruchy. Diagnostická kritéria Munich ED-Quest pro minulé onemocnění tuto část neobsahují.

Diagnostická kritéria pro současnou poruchu mentální anorexie naplnila pouze jedna respondentka (1,96 %), která spadá do věkové skupiny 20–29 let. Ta zároveň splnila diagnostická kritéria pro tuto poruchu i za období v minulosti. U této respondentky se jedná o mentální anorexii purgativního typu.

Pro období v minulosti, které mapuje nejhorší stav, splnilo diagnostická kritéria pro mentální anorexii dokonce 8 respondentek (15,7 %).

10.3 Mentální bulimie

Diagnostika současné i minulé mentální bulimie dle Munich ED-Quest obsahuje celkem pět diagnostických kritérií. Prvním je záchvatovité přejídání a ztráta kontroly, které hodnotí otázky č. 12a *„Měla jsem epizody záchvatovitého přejídání, kdy jsem se během dvou hodin nacpala do té míry, kterou by ostatní považovali za neobvyklou“*, č. 12c *„Během jedné epizody záchvatovitého přejídání jsem zkonsumovala přibližně 1000 kalorií“* a otázka č. 13 *„Během epizody záchvatovitého přejídání jsem měla pocit, že nemám vůli jíst nebo jsem nebyla schopná kontrolovat co, a kolik toho sním“*, přičemž je zapotřebí, aby respondentky odpověděly kladně (skóre ≥ 1) na všechny tři otázky.

Toto kritérium splnilo celkem 8 respondentek (15,7 %), z toho 4 respondentky splnily kritérium současně pro období za poslední tři měsíce a pro minulost, 3 respondentky splnily toto kritérium pouze pro minulé období a jedna pouze pro současné období.

Druhé kritérium se týká nevhodného kompenzačního chování a hodnotí ho otázky č. 52a *(indukované zvracení)*, č. 53a *(užívání projímadla)*, č. 54a *(užívání diuretik)*, č. 55a *(užívání anorektik)*, č. 56a *(užívání léků na podporu štítné žlázy)*, č. 57b *(zanedbávání inzulínové terapie)*, č. 58a *(držení hladovky)*, č. 59a *(nadměrné cvičení)*, č. 60a *(provádění klyzma)* a č. 61a *(užívání emetik)*. Kritérium je splněno, pokud respondent alespoň na jednu z těchto otázek odpoví skórem ≥ 1 .

Pozitivním skórem odpovědělo alespoň na jednu otázku celkem 16 respondentek (31,4 %), z toho 10 splnilo kritérium pro období posledních tří měsíců a minulé období a 6 skórovalo některou z otázek kladně pouze pro minulé období.

Třetí kritérium, které se týká frekvence záchvatovitého přejídání a nevhodného kompenzačního chování zahrnuje otázku č. 12d *„Jak často jste praktikovala záchvatovité přejídání (s velkým množstvím jídla), kdy jste zkonsumovala více než 1000 kcal“* a ale-

spoň jednu kladnou odpověď na otázku č. 52b, 53b, 54b, 55b, 56b, 57c, 58b, 59b, 60b nebo 61b (znění otázek viz výše). Toto kritérium splnilo celkem 9 respondentek (17,6 %), z nichž 5 skórovalo uvedené otázky kladně jak pro současnost, tak minulost a 4 ženy pouze pro minulé období.

Následující čtvrté kritérium se týká sebehodnocení ovlivněného hmotností anebo tvarem těla a hodnotí ho otázka č. 5 „*Mé sebevědomí bylo nadměrně ovlivňováno tělesnými proporcemi a/nebo mojí hmotností*“. Čtvrté kritérium splnilo celkem 32 respondentek (62,7 %). Z toho 29 respondentek splnilo kritérium pro současné a zároveň minulé období a 3 respondentky skórovaly tuto otázku kladně pouze pro současné období.

Poslední kritérium zahrnuje otázku, zda byla respondentce současně diagnostikována mentální anorexie. Ty respondentky, které diagnostická kritéria pro mentální anorexii splnily, naopak nesplňují toto páté kritérium mentální bulimie. Tato otázka se týká pouze diagnostiky současného onemocnění, diagnostika minulé období tuto otázku nezahrnuje.

Mentální bulimie může být diagnostikována, pokud respondent splnil všech pět jednotlivých kritérií. Diagnostická kritéria pro současnou mentální bulimii splnily celkem 3 respondentky (5,9 %). Jedna respondentka spadá do věkové skupiny 20–29 let a zbylé dvě respondentky jsou ze skupiny 40–49 let.

Pro období před třemi měsíci a v minulosti splnilo diagnostická kritéria celkem 5 respondentek (9,8 %).

Ze všech respondentek, které splnily diagnostická kritéria pro mentální bulimii, jsou dvě ženy, u kterých se toto onemocnění manifestuje současně v období posledních tří měsíců i v minulosti. Jedna z těchto respondentek navíc v minulosti trpěla i mentální anorexií.

10.4 Záchvatovité přejídání

Diagnostika záchvatovitého přejídání dle Munich ED-Quest zahrnuje pět diagnostických kritérií. Prvním kritériem je záchvatovité přejídání a ztráta kontroly. Toto kritérium je totožné s prvním kritériem při diagnostice mentální bulimie.

Druhé kritérium se týká charakteristiky záchvatovitého přejídání. Zahrnuje celkem pět otázek – otázku č. 44a „*Podstatně rychlejší konzumace jídla než obvykle*“, č. 44b „*Konzumace jídla do té doby, než jsem se cítila nepříjemně plná*“, č. 44c „*Konzumace velkého množství jídla bez přítomnosti hladu*“, č. 44d „*Jedení potají, beze studu z velkého množství jídla, které jsem snědla*“ a č. 44e „*Znechucení sama sebou, pocit deprese nebo pocit vinny poté*“. Aby bylo kritérium splněno, respondent musí kladně

odpovědět alespoň na tři otázky. Z výběrového souboru toto kritérium splnilo celkem 7 respondentek (13,7 %), z toho 4 splnily kritérium zároveň pro současný a minulý stav a 3 pouze pro minulost.

Třetí kritérium zohledňuje významnou úzkost způsobenou epizodami záchvatovitěho přejídání a zahrnuje otázku č. 14 „*Epizody záchvatovitěho přejídání mi působily závažnou úzkost*“. Pozitivní odpověď znamená skóre ≥ 1 . Na tuto otázku odpovědělo pozitivně celkem 9 respondentek (17,6 %), z nichž 6 skórovalo kladně pro období posledních třech měsíců i pro minulé období a 3 pouze pro období v minulosti.

Čtvrté kritérium se týká frekvence záchvatovitěho přejídání a zahrnuje otázku č. 12d „*Jak často jste praktikovala záchvatovité přejídání (s velkým množstvím jídla), kdy jste zkonzumovala více než 1000 kcal*“. Toto kritérium splnilo celkem 13 respondentek (25,5 %), z toho 9 respondentek pro současné období a 4 pro období minulé.

Poslední, páté kritérium, zjišťuje, zda u respondentek nebyla souvislost mezi záchvatovitým přejídáním a opakovaným nevhodným kompenzačním chováním. Tohoto kritéria se týkají otázky č. 52a, 53a, 54a, 55a, 56a, 57b, 58a, 59a, 60a a 61a (viz výše). Aby mohlo být kritérium splněno, nesmí být na žádnou uvedenou otázku kladná odpověď a zároveň pro současné období nesmí respondentka splňovat diagnostická kritéria pro mentální anorexii nebo bulimii.

Záchvatovité přejídání je v tomto případě diagnostikováno, pokud respondent splní všech pět kritérií. Tato diagnostická kritéria splnila pouze jedna respondentka (1,96 %) a to jak pro současné, tak pro minulé období. Respondentka spadá do věkové kategorie 50–59 let.

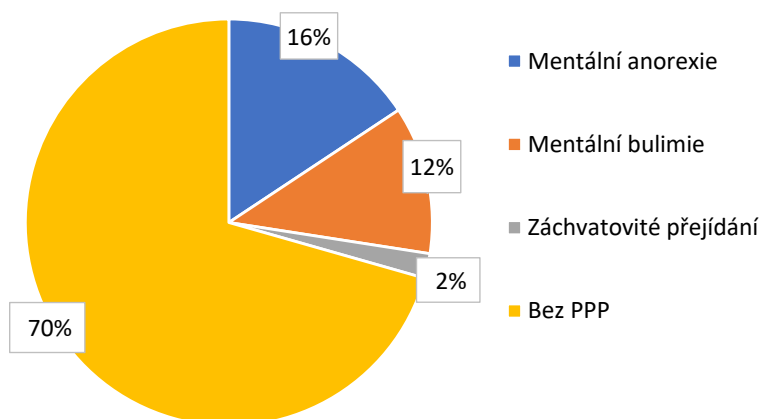
10.5 Souhrn výsledků

Celkem mělo z výběrového souboru někdy v životě potíže s poruchami příjmu potravy 13 žen (25,5 %), což představuje čtvrtinu žen v souboru. V současnosti trpí nějakou formou poruchy příjmu potravy 5 respondentek (9,8 %). Průměrný věk těchto žen je 38,6 let s mediánem 40 let. V období v minulosti před více než třemi měsíci mělo poruchu příjmu potravy celkem 12 respondentek (23,5 %). Jejich průměrný věk v období, ve kterém měli nejnižší váhu, je 23,3 let s mediánem 21 let. Více jak jedním onemocněním trpěly celkem 2 ženy (3,9 %). U obou se jedná o mentální bulimii a anorexii.

Diagnostická kritéria mentální anorexie v současnosti splňuje jedna respondentka (1,96 %), které je 25 let. V minulosti pravděpodobně trpěla mentální anorexií celkem 8 respondentek (15,7 %). Celoživotní prevalence mentální anorexie je 15,7 %. Mentální bulimii mají v současné době celkem 3 respondentky (5,9 %) s věkovým průměrem 38,7 let a mediánem 40 let. V minulosti mentální bulimií onemocnělo celkem

5 respondentek (9,8 %). Celoživotní prevalence mentální bulimie ve výběrovém souboru je 11,8 % (Graf 10.4). Záchvatovité přejídání se týká jedné respondentky (1,96 %), která splnila diagnostická kritéria zároveň pro současné i minulé období. Této respondentce je 52 let.

Obrázek 10.4: *Graf celoživotní prevalence poruch příjmu potravy výběrového souboru*



Z celkového počtu 13 respondentek, které splnily diagnostická kritéria pro poruchu příjmu potravy, 52,8 % uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání střední školu s maturitou, 30,8 % vystudovalo vysokou školu a 15,4 % dokončilo střední školu bez maturity. Na otázku ohledně rodinného stavu odpovědělo 38,5 % respondentek, že jsou svobodné, 30,8 % respondentek je rozvedených, 23,1 % žije s partnerem a 7,7 % je vdaných. Nezaměstnaných je 30,8 % respondentek, 23,1 % je zaměstnaných a 23,1 % jsou aktuálně studující respondentky. Sociodemografické údaje těchto respondentek uvádí přehledně Tabulka 10.3.

V dotazníku AUDIT dosáhly téměř všechny ženy (92,3 %) s poruchou příjmu potravy skóre > 20, což značí závislost na alkoholu. Pouze jedna žena dosáhla nižšího skóre, které indikuje vysokou úroveň problémů s alkoholem. Průměrné skóre je 29,8.

Tabulka 10.3: *Sociodemografické údaje respondentek, které splnily diagnostická kritéria pro mentální anorexii, mentální bulimii nebo záchvatovité přejídání*

	Věk	Vzdělání	Zaměstnanost	Rodinný stav	PPP
1.	26	vysokoškolské	zaměstnaná	s partnerem	mMA, mMB
2.	–	sš s maturitou	nezaměstnaná	svobodná	mMA
3.	–	vysokoškolské	nezaměstnaná	rozvedená	mMA
4.	–	sš bez maturity	nezaměstnaná	vdaná	mMA
5.	25	sš s maturitou	student	svobodná	mMA, sMA
6.	–	sš s maturitou	student	s partnerem	mMB
7.	29	sš bez maturity	nezaměstnaná	svobodná	sMB
8.	52	sš s maturitou	*	rozvedená	mZP, sZP
9.	47	vysokoškolské	osvč	rozvedená	mMA, mMB, sMB
10.	–	sš s maturitou	student	svobodná	mMA
11.	–	vysokoškolské	zaměstnaná	rozvedená	mMA
12.	–	sš s maturitou	*	s partnerem	mMB
13.	40	sš s maturitou	zaměstnaná	svobodná	mMB, sMB

Poznámka: PPP = poruchy příjmu potravy, mMA = mentální anorexie v minulosti, sMA = mentální anorexie v současnosti, mMB = mentální bulimie v minulosti, sMB = mentální bulimie v současnosti, mZP = záchvatovité přejídání v minulosti, sZP = záchvatovité přejídání v současnosti, * = hodnota chybí, – = irelevantní hodnota.

11. Diskuze a závěry

V posledních několika desetiletích bylo provedeno velké množství studií, které se zabývají komorbiditou poruch příjmu potravy a rizikovým užíváním alkoholu (např. Conason et al., 2006; Dansky et al., 2000; Dunn et al., 2002; Gadalla & Piran, 2007; O'Brian & Vincent, 2003). Většina těchto zahraničních studií se věnuje tématu prevalence užívání alkoholu u žen s poruchami příjmu potravy. Z těchto výzkumů vyplývá, že u žen, které splňují diagnostická kritéria pro některou z poruch příjmu potravy, existuje vyšší prevalence rizikového užívání alkoholu, než je tomu v běžné populaci. Silnější korelace existuje mezi mentální bulimií či mentální anorexií purgativního typu a rizikovým užíváním alkoholu.

Menší část studií se naopak zabývá tématem výskytu poruch příjmu potravy u žen, které se léčí pro abúzus alkoholu (např. Holderness et al., 1994; Peveler & Fairburn, 1990; Taylor et al., 1993; Wilson, 1993). Stejně tak u této skupiny žen naznačují výzkumy vyšší prevalenci poruch příjmu potravy oproti běžné populaci. Především se jedná o ženy s mentální bulimií, u kterých některé výzkumy zjistily prevalenci rizikového užívání alkoholu až 40 % (Taylor et al., 1993).

Cílem této práce bylo ověřit souvislost mezi rizikovým užíváním alkoholu a poruchami příjmu potravy. Práce se zabývá prevalencí mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovitého přejídání u žen, které se v ústavním zařízení léčí pro abúzus alkoholu. Výzkum prevalence byl proveden metodou dotazníkového šetření, celkem bylo do výzkumu zapojeno 51 žen.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že z výběrového souboru až čtvrtina někdy v životě trpěla poruchou příjmu potravy. Vysoká prevalence je v souladu s předchozími studiemi, avšak výsledky prevalence jednotlivých onemocnění zdaleka nedosahují takových hodnot. Například Taylor et al. (1993) zjistili, že okolo 30–40 % žen léčících se pro abúzus alkoholu má ve své anamnéze poruchu příjmu potravy. Obdobný trend vykazují také Beary et al. (1986) a Lacey a Mourelis (1986).

Průměrný věk respondentek, které v současnosti trpí poruchou příjmu potravy je 38,6 let. Nejstarší respondentce je 52 let. Tyto výsledky naznačují, že poruchy příjmu potravy se nemusí týkat pouze mladých žen, ale že se mohou manifestovat i u starších ročníků. V případě respondentek, které onemocněly poruchou příjmu potravy v minulosti ovšem věkové rozložení odpovídá předpokladu, že se onemocnění týká především dospívajících žen. Tento výsledek může být však zavádějící, protože přímo nesouvisí s věkem, kdy respondentky trpěly poruchou příjmu potravy, ale týká se otázky, která se ptá na věk respondentek v období, kdy měly nejnižší váhu v dospělosti. Je tedy možné, že období, kdy měly respondentky nejnižší váhu zcela neodpovídá období, kdy trpěly poruchou příjmu potravy.

V dotazníku AUDIT dosáhly téměř všechny ženy s poruchou příjmu potravy skóre, které indikuje závislost na alkoholu. Průměrné skóre dosáhlo téměř 30 bodů, což jasně ukazuje na závažné problémy s alkoholem. Nicméně vzhledem k tomu, že se jedná o klientky, které podstupují léčbu pro závislost na alkoholu a tento dotazník byl použit především k ověření, zda bylo splněno kritérium abúzus alkoholu pro zařazení do výzkumu, ale nelze tento výsledek nijak interpretovat.

Co se týče mentální anorexie, pouze jedna respondentka splnila diagnostická kritéria pro současnou poruchu. Zajímavější jsou však výsledky za minulé období, kde se jedná již o 8 respondentek (15,7 %). K podobnému výsledku dospěli například Peveler a Fairburn (1990), kteří ve své studii zachytili 19 % žen, které ve své anamnéze udávaly mentální anorexii v minulosti. Diagnostika mentální anorexie dle Munich ED-Quest za minulé období bohužel nezahrnuje kritéria pro rozlišení subtypu onemocnění, tudíž není možné zjistit, zda tyto respondentky trpěly restriktivním či purgativním typem mentální anorexie. Obecně se však autoři shodují, že abúzus alkoholu má souvislost spíše s purgativním typem než s restriktivním (Holderness et al., 1994; Piran & Gadalla, 2006; Stock et al., 2002; Slane et al., 2012). Odůvodněním může být přísné kalorické omezení u restriktivního typu.

Celoživotní prevalence mentální anorexie ve výběrovém souboru dosáhla celkem 15,7 %. Ve srovnání s populačními studiemi, které uvádějí celoživotní prevalenci mentální anorexie ve vyspělých zemích 0,5–2,2 % (Pavlová, 2010), se jedná o poměrně vysoké číslo, které naznačuje souvislost mezi poruchami příjmu potravy a rizikovým užíváním alkoholu.

Diagnostická kritéria pro mentální bulimii splnily celkem 3 respondentky (5,9 %) pro současné období a 5 respondentek (9,8 %) pro období v minulosti. Prevalence mentální bulimie je mnohem nižší, než jakou udávají podobné výzkumy. Lacey a Mourelle (1986) zjistili prevalenci mentální bulimie až 40 %. Japonští autoři Suzuki et al. (1993) dokonce zjistili, že v jejich výzkumném souboru, který tvořily ženy s komorbiditou abúzu alkoholu a poruchy příjmu potravy, je až 90 % bulimiček. Nízký záchyt v této práci může být zapříčiněn relativně malým výběrovým souborem.

Celoživotní prevalence mentální bulimie ve výběrovém souboru byla 11,8 %. Prevalence v obecné populaci žen se uvádí v rozmezí 1,1–2,8 % (Pavlová, 2010). Stejně tak jako u mentální anorexie se tedy jedná o mnohonásobně vyšší číslo.

Příliš malý výzkumný soubor může být také důvodem nízkého záchytu záchvatového přejídání, které se týkalo pouze jedné respondentky (1,96 %). Pro srovnání například Peveler a Fairburn (1990) zachytili až 36 % žen s touto diagnózou.

Důvodem nižšího záchytu poruch příjmu potravy oproti jiným výzkumům může být rovněž vyšší věk respondentek ve výběrovém souboru. Věkový průměr responden-

tek, které vyplnily dotazník je 42,7 let. Je známo, že poruchy příjmu potravy se týkají spíše mladších dívek a žen (Papežová, 2010). Nemusí to být však pravidlem.

Příčina komorbidity poruch příjmu potravy a rizikového užívání alkoholu zůstává stále nejasná. Některé faktory jsou diskutovány v kapitole 3.3 a 3.4. Někteří autoři věří, že klíčovým faktorem může být impulzivita, která se vyskytuje jak u poruch příjmu potravy, tak při zneužívání návykových látek (Bulik et al., 1992; Holderness et al., 1994). Harrop a Marlatt (2010) upozorňují, že příčinou komorbidity nemusí být nutně společný faktor, ale může jím být samostatný mediátor jako je zneužívání a týrání, trauma, PTSD, deprese, apod., který zapříčiňuje manifestaci obou poruch.

Výsledky této práce naznačují, že poruchy příjmu potravy mohou být mezi ženami léčících se pro abúzus alkoholu reálným problémem. Nicméně, záchyt respondentek, které splnily kritéria pro současnou poruchu (9,8 %) je relativně nízký, ale ne zanedbatelný.

Zdravotnický personál na ženských protialkoholních odděleních by si měl být této komorbidity vědom a měl by být bdělý k příznakům, které se mohou u klientek vyskytovat. Především pak u mladších žen.

Ačkoliv o tom tato práce nepojednává, je pravděpodobné, že tato skupina žen s komorbiditou bude vyžadovat specifickou terapii, která bude zahrnovat jak terapii alkoholismu, tak poruch příjmu potravy. Je možné, že pokud bude léčba cílena pouze na jednu z těchto poruch, dojde vlivem druhého onemocnění i při úspěšném absolvování léčby k jejímu opětovnému zhoršení.

Vzhledem k výsledkům je důležité zabývat se zvyšováním povědomí o těchto dvou poruchách zejména u mladých dívek a žen, které jsou v tomto věku k oběma onemocněním náchylnější. Včasná pomoc v případě manifestace komorbidity může výrazně urychlit zotavení a předejít dalším komplikacím.

Přínos této práce spočívá v tom, že vzhledem ke zjištěným výsledkům může výzkum prevalence poruch příjmu potravy u žen hospitalizovaných pro abúzus alkoholu realizovaný v českém prostředí přispět k zavedení screeningu na poruchy příjmu potravy do praxe zařízení, která se zaměřují na léčbu lidí se závislostí na alkoholu a k nastavení specifické terapie. Stejně tak může práce přispět ke zvýšení bdělosti zdravotnických pracovníků k příznakům poruch příjmu potravy u jejich klientek.

11.1 Limity

Ačkoliv byl tento výzkum realizován s opatrností, je důležité diskutovat limity, které mohly ovlivnit výsledky práce, aby nedošlo k dezinpretaci závěrů.

Významným limitem této práce je poměrně malý počet respondentek zapojených do výzkumu. Při dotazníkovém šetření se podařilo sesbírat celkem 67 dotazníků, 16 z nich ale muselo být následně vyřazeno většinou z důvodu velkého množství chybějících odpovědí, bez kterých nebylo možné dotazník vyhodnotit. Zajímavé je, že oproti čtvrtému a pátému sběru dat, kdy se podařilo dohromady sebrat pouze devět dotazníků, se v prvních třech sběrech dat podařilo v každém sesbírat okolo 20 dotazníků. Důvod může být takový, že při oněch prvních třech sběrech byla při zadávání dotazníků přítomná psycholožka a působila na klientky motivačním faktorem, zatímco při posledních dvou sběrech dat nebyl přítomen nikdo z personálu oddělení. Dalším důvodem proč dotazník nevyplnil větší počet klientek je pravděpodobně časová náročnost dotazníku. Klientky byly předem upozorněné, že kompletace trvá okolo 20 minut, přičemž těm nejrychlejší trvalo vyplnění přibližně 10 minut a naopak některé pečlivější klientky strávily vyplňováním dotazníku až 30 minut.

Dalším limitem této práce je reprezentativita. Vzhledem k tomu, že při výběru výzkumného souboru byly použity nepravděpodobnostní metody výběru, není možné výsledky zobecnit na celou populaci a zůstávají platné pouze pro výběrový soubor. Vzhledem k dostupnosti a se zohledněním náročnosti práce bylo vybráno pouze jedno zařízení v pražské PN Bohnice.

Výsledky práce se navíc vzhledem k povaze vztahují pouze k populaci žen, která se léčí pro abúzus alkoholu v ústavním zařízení. Protože se ve výběrovém souboru vyskytují pouze hospitalizované ženy, je třeba zohlednit selekční bias. Je možné, že ženy, které se léčily pro abúzus alkoholu a současně trpěly poruchou příjmu potravy častěji vyhledávaly odbornou pomoc. Může tomu být z toho důvodu, že ženy u kterých se současně vyskytují obě onemocnění, mohou mít více narušenou osobnost, než ty, u kterých se manifestuje pouze jedno z těchto onemocnění.

Další limit se týká dotazníku mapujícího poruchy příjmu potravy Munich ED-Quest. Ačkoliv je tento dotazník validním nástrojem a v souladu s diagnostickými kritérii poruch příjmu potravy dle DSM-V, bez řádného klinického interview nelze stanovit přesnou diagnózu. Výsledky tohoto výzkumu je tudíž třeba brát s rezervou a s vědomím toho, že se nejedná o klinické diagnózy.

Relativním limitem může být také skutečnost, že dotazník AUDIT nebyl standardizován pro českou populaci. Nicméně pro účely výzkumu se tento nástroj jeví jako vhodný.

Literatura a další zdroje

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care* (2nd Ed.). Geneva: WHO. Retrieved from: http://www.talkingalcohol.com/files/pdfs/WHO_audit.pdf
- Beary, M. D., Lacey, J. H., & Merry, J. (1986). Alcoholism and eating disorders in women of fertile age. *British Journal of Addiction*, 81(5), 685-689. doi: 10.1111/j.1360-0443.1986.tb00389.x
- Beumont, P. J. V. (2002). Clinical presentation of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In C. G. Fairburn, & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* (162-170). New York: The Guildford Press.
- Birmingham, C. L., Su, J., Hlynsky, J. A., Goldner, E. M., & Gao, M. (2005). The mortality rate from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38(2), 143-146. doi: 10.1002/eat.20164
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Epstein, L. H., McKee, M., Kaye, W. H., Dahl, R. E., & Weltzin, T. E. (1992). Drug use in women with anorexia and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11(3), 213-225. doi: 10.1002/1098-108X(199204)11:3<213::AID-EAT2260110304>3.0.CO;2-6
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Wade, T. D., & Kendler, K. S. (2000). Twin studies of eating disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 27(1), 1-20. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(200001)27:1<1::AID-EAT1>3.0.CO;2-Q
- Chikritzhs, T., Stockwell, T., Naimi, T., Andreasson, S., Dangardt, F., & Liang, W. (2015). Has the leaning tower of presumed health benefits from moderate alcohol use finally collapsed? *Addiction*, 110(5), 726-727. doi: 10.1111/add.12828
- Cnattingius, S., Hultman, C. M., Dahl, M., & Sparén, P. (1999). Very preterm birth, birth trauma, and the risk of anorexia nervosa among girls. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 634-638. doi: 10.1001/archpsyc.56.7.634
- Conason, A. H., Klomek, A. B., & Sher, L. (2006). Recognizing alcohol and drug abuse in patients with eating disorders. *QJM*, 99(5), 335-339. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/qjmed/hcl030>
- Cooper, S. E. (1989). Chemical dependency and eating disorders: Are they really so different? *Journal of Counseling and Development*, 68(1), 102-105. doi: 10.1002/j.1556-6676.1989.tb02503.x

- Crisp, A. (2006). Death, survival and recovery in anorexia nervosa: a thirty five year study. *European Eating Disorders Review*, 14(3), 168-175. doi: 10.1002/erv.704
- Dansky, B. S., Brewerton, T. D., & Kilpatrick, D. G. (2000). Comorbidity of bulimia nervosa and alcohol use disorders: Results from the National Women's Study. *International Journal of Eating Disorders*, 27(2), 180-190. Retrieved from: https://www.researchgate.net/profile/Timothy_Brewerton/publication/12656759_Comorbidity_of_bulimia_nervosa_and_alcohol_use_disorders_Results_from_the_National_Women's_Study/links/5517651e0cf29ab36bc139d9.pdf
- de Jonge, P. V. H., van Furth, E. F., Lacey, J. H., & Waller, G. (2003). The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity. *Psychological medicine*, 33(07), 1311-1317. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291703007505>
- Dunn, E. C., Larimer, M. E., & Neighbors, C. (2002). Alcohol and drug-related negative consequences in college students with bulimia nervosa and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 32(2), 171-178. doi: 10.1002/eat.10075
- Dunne, F. J., Feeney, S., & Schipperheijn, J. (1991). Eating disorders and alcohol misuse: features of an addiction spectrum. *Postgraduate medical journal*, 67(784), 112-113. Retrieved from: <http://eds.a.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=a6312dc5-40fa-4713-b137-b2e269692e30%40sessionmgr4002&hid=4211>
- Ehrmann, Jr. J., Ehrmann, J., & Schneiderka, P. (2006). *Alkohol a játra*. Praha: Grada Publishing.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2015). *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe* [e-reader version]. Retrieved from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/comorbidity-substance-use-mental-disorders-europe>.
- Esman, A. H., Dechillo, N., & Moughan, V. (1986). „Hidden“ eating disorders in female patients. *American Journal of Psychiatry*, 143(6), 803. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.143.6.803a>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P., & O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General psychiatry*, 57(7), 659-665. doi:10-1001/pubs.Arch Gen Psychiatry-ISSN-0003-990x-57-7-yoa9404
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12378-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1)
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., Gierk, B., Voderholzer, U., & Heuser, J. (2015). The

- Munich Eating and Feeding Disorder Questionnaire (Munich ED-Quest) DSM-5/ICD-10: Validity, Reliability, Sensitivity to Change and Norms. *European Eating Disorders Review*, 23(3), 229-240. doi: 10.1002/erv.2348
- Fiellin, D. A., Reid, M. C., & O'Connor, P. G. (2000). Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Archives of internal Medicine*, 160(13), 1977-1989. doi: 10.1001/archinte.160.13.1977
- Fillmore, K., Kerr, W., Stockwell, T., Chikritzhs, T., & Bostrom, A. (2006). Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies. *Addiction Research and Theory*, 14(2), 101-132. doi: 10.1080/16066350500497983
- Foley, D. L., Thacker, L. R., Aggen, S. H., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). Pregnancy and perinatal complications associated with risks for common psychiatric disorders in a population-based sample of female twins. *American journal of medical genetics*, 105(5), 426-431. doi: 10.1002/ajmg.1402
- Franko, D. L., Dorner, D. J., Keel, P. K., Jackson, S., Manzo, M. P., & Herzog, D. B. (2005). How do eating disorders and alcohol use disorder influence each other? *International Journal of Eating Disorders*, 38(3), 200-207. doi: 10.1002/eat.20178
- Franko, D. L., Keshaviah, A., Eddy, K. T., Krishna, M., Davis, M. C., ...Herzog, D. B. (2013). A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 170(8), 917-925. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12070868
- Gadalla, T., & Piran, N. (2007). Co-occurrence of eating disorders and alcohol use disorders in women: a meta analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 10(4), 133-140. doi: 10.1007/s00737-007-0184-x
- Garfinkel, P. E., & Dorian, B. J. (1997). Factors that may influence future approaches to the eating disorders. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 2(1), 1-16. doi: 10.1007/BF03339944
- Goldbloom, D. S., Naranjo, C. A., Bremner, K. E., & Hicks, L. K. (1992). Eating disorders and alcohol abuse in women. *British Journal of Addiction*, 87(6), 913-920. doi: 10.1111/j.1360-0443.1992.tb01986.x
- Goudriaan, A. E., & Sher, K. J. (2012). Alcohol. In J. C. Verster, K. Brady, M. Galanter, & P. Conrod (Eds.), *Drug Abuse and Addiction in Medical Illness: Causes, Consequences and Treatment*. New York: Springer Science & Business Media.
- Grekin, E. R., Sher, K. J., & Wood, P. K. (2006). Personality and substance dependence symptoms: Modeling substance-specific traits. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(4), 415. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0893-164X.20.4.415>

- Grilo, C. M., Sinha, R., & O'Malley, S. S. (2002). Eating disorders and alcohol use disorders. *Alcohol Research and Health*, 26(2), 151-157. Retrieved from: <http://eds.a.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=a6312dc5-40fa-4713-b137-b2e269692e30%40sessionmgr4002&vid=24&hid=4211>
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 173(1), 11-53. doi: 10.1192/bjp.173.1.11
- Harrop, E. N., & Marlatt, G. A. (2010). The comorbidity of substance use disorders and eating disorders in women: Prevalence, etiology, and treatment. *Addictive behaviors*, 35(5), 392-398. doi: 10.1016/j.addbeh.2009.12.016
- Herzog, D. B., Franko, D. L., Dorer, D. J., Keel, P. K., Jackson, S., & Manzo, M. P. (2006). Drug abuse in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 39(5), 364-368. doi: 10.1002/eat.20257
- Holderness, C. C., Brooks-Gunn, J., & Warren, M. P. (1994). Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 16(1), 1-34. doi: 10.1002/1098-108X(199407)16:1::AID-EAT2260160102;3.0.CO;2-T
- Holmes, M., Dale, C., Zuccolo, L., Silverwood, R., Guo, Y., ... Ye, Z. (2014). Association between alcohol and cardiovascular disease: Mendelian randomisation analysis based on individual participant data. *BMJ*, 349. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g4164>
- Hsu, L. G. (1996). Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 19(4), 681-700. doi: 10.1016/S0193-953X(05)70375-0
- Huas, C., Godart, N., Caille, A., Pham-Scottez, A., Foulon, C., ...Divac, S. M. (2012). Mortality and its predictors in severe bulimia nervosa patients. *European Eating Disorders Review*, 21(1), 15-19. doi: 10.1002/erv.2178
- Hudson, J. I., Pope Jr, H. G., Yurgelun-Todd, D., Jonas, J. M., & Frankenburg, F. R. (1987). A controlled study of lifetime prevalence of affective and other psychiatric disorders in bulimic outpatients. *The American journal of psychiatry*, 144(10), 1283-1287. Retrieved from: <http://europepmc.org/abstract/med/3499087>
- Jordan, J., McIntosh, V. V., Carter, J. D., Rowe, S., Taylor, K., ...Frampton, C. (2014). Bulimia nervosa-nonpurging subtype: Closer to the bulimia nervosa-purging subtype or to binge eating disorder? *International Journal of Eating Disorders*, 47(3), 231-238. doi: 10.1002/eat.22218
- Kalina, K., & Minařík, J. (2015). Duální diagnózy a psychopatologické komplikace. In K. Kalina a kol. (Ed.), *Klinická adiktologie* (211-231). Praha: Grada Publishing.
- Kask, J., Ekselius, L., Brandt, L., Kollia, N., Ekblom, A., & Papadopoulos, F. C. (2016).

- Mortality in women with anorexia nervosa: the role of comorbid psychiatric disorders. *Psychosomatic medicine*, 78(8), 910-919. doi: 10.1097/PSY.0000000000000342
- Keel, P. K., Dorer, D. J., Eddy, K. T., Franko, D., Charatan, D. L., & Herzog, D. B. (2003). Predictors of mortality in eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 179-183. doi: 10.1001/archpsyc.60.2.179
- Keel, P. K., Mitchell, J. E., Miller, K. B., Davis, T. L., & Crow, S. J. (1999). Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 56(1), 63-69. doi:10.1001/archpsyc.56.1.63
- Kmoch, V., & Minařík, J. (2015). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In K. Kalina a kol., *Klinická adiktologie* (49-83). Praha: Grada Publishing.
- Krch, F. D. (1999a). Průběh a prognóza. In F. D. Krch (Ed.), *Poruchy příjmu potravy* (21-23). Praha: Grada Publishing.
- Krch, F. D. (1999b). Etiologie a komorbidita. In F. D. Krch (Ed.), *Poruchy příjmu potravy* (57-80). Praha: Grada Publishing.
- Krch, F. D., & Faltus, F. (1988). Výskyt psychopatologické symptomatiky u pacientek s psychogenními poruchami příjmu potravy. *Československá psychiatrie*, 84, 384-391.
- Kutcher, S. P., Whitehouse, A. M., & Freeman, C. P. L. (1985). „Hidden“ eating disorders in Scottish psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1475-1478. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.142.12.1475>
- Lacey, J. H., & Mourel, E. (1986). Bulimic Alcoholics: some features of a clinical sub-group. *British Journal of Addiction*, 81(3), 389-393. doi: 10.1111/j.1360-0443.1986.tb00345.x
- Lüllmann, H., Mohr, K., & Wehling, M. (2004). *Farmakologie a toxikologie* (2. vyd.). Praha: Grada Publishing.
- Martásková, D., & Papežová, H. (2005). Anorexia nervosa – genetické faktory, současné znalosti a možné trendy. *Česká a Slovenská psychiatrie, Supplementum*, 1(101), 36-37.
- Martásková, D. & Papežová H. (2010). Genetické aspekty poruch příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup* (56-61). Praha: Grada Publishing.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Munich ED-Quest*. (2016, March 6). Retrieved from <http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Klinik-und-Poliklinik-fuer-Psychiatrie-und-Psychotherapie/en/forschung/epidemiologie/AssessmentInstrumentsOfEatingDisorders/Questionnaire.html>

- Nešpor, K. & Csémy, L. (2015). Jsou malé dávky alkoholu protektivní, nebo škodlivé? *Medical Tribune*, 11. Retrieved April 5, 2016, from: <http://www.tribune.cz/clanek/36182>
- Neumärker, K. J. (2000). Mortality rates and causes of death. *European eating disorders review*, 8(2), 181-187. doi: 10.1002/(SICI)1099-0968(200003)8:2<181::AID-ERV336>3.0.CO;2-#
- Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558-1565. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61462-6
- O'Brien, K. M., & Vincent, N. K. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical psychology review*, 23(1), 57-74. doi:10.1016/S0272-7358(02)00201-5
- Papežová, H. (2010). Diagnostika poruchy příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup* (126-133). Praha: Grada Pub.
- Pavlová, B. (2010a). Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup* (36-55). Praha: Grada Publishing.
- Pavlová, B. (2010b). Epidemiologie poruch příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup* (25-35). Praha: Grada Publishing.
- Pearlstein, T. (2002). Eating disorders and comorbidity. *Archives of Women's mental Health*, 4(3), 67-78. doi: 10.1007/s007370200002
- Peveler, R., & Fairburn, C. (1990). Eating disorders in women who abuse alcohol. *British Journal of Addiction*, 85(12), 1633-1638. doi: 10.1111/j.1360-0443.1990.tb01653.x
- Piran, N., & Gadalla, T. (2006). Eating disorders and substance abuse in Canadian women: a national study. *Addiction*, 102(1), 105-113. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01633.x
- Pompili, M., Mancinelli, I., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2004). Suicide in anorexia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 36(1), 99-103. doi: 10.1002/eat.20011
- Popov, P. (2003). Alkohol. In K. Kalina a kol. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (151-158). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Ranson, K. M. von, McGue, M., & Iacono, W. G. (2003). Disordered eating and substance use in an epidemiological sample: II. Associations within families. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(3), 193. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0893->

- Råstam, M. (1992). Anorexia nervosa in 51 Swedish adolescents: premorbid problems and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(5), 819-829. doi: 10.1097/00004583-199209000-00007
- Richard, M., Bauer, S., & Kordy, H. (2005). Relapse in anorexia and bulimia nervosa – a 2.5-year follow-up study. *European Eating Disorders Review*, 13(3), 180-190. doi: 10.1002/erv.638
- Ross, H. E., Glaser, F. B., & Germanson, T. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Archives of General Psychiatry*, 45(11), 1023-1031. doi: 10.1001/archpsyc.1988.01800350057008
- Schuckit, M. A., Tipp, J. E., Anthenelli, R. M., Bucholz, K. K., Hesselbrock, V. M., & Nurnberger Jr, J. I. (1996). Anorexia nervosa and bulimia nervosa in alcohol-dependent men and women and their relatives. *American Journal of Psychiatry*, 153(1), 74-82. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.153.1.74>
- Slane, J. D., Burt, S. A., & Klump, K. L. (2012). Bulimic behaviors and alcohol use: Shared genetic influences. *Behavior Genetics*, 42(4), 603-613. doi: 10.1007/s10519-012-9525-2
- Stárková, L. (2010). Poruchy příjmu potravy a mortalita. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup* (405-408). Praha: Grada Publishing.
- Stock, S. L., Goldberg, E., Corbett, S., & Katzman, D. K. (2002). Substance use in female adolescents with eating disorders. *Journal of Adolescent Health*, 31(2), 176-182. doi: 10.1016/S1054-139X(02)00420-2
- Suzuki, K., Higuchi, S., Yamada, K., Komiya, H., & Takagi, S. (1993). Bulimia nervosa with and without alcoholism: A comparative study in Japan. *International Journal of Eating Disorders*, 16(2), 137-146. doi: 10.1002/1098-108X(199409)16:2<137::AID-EAT2260160205>3.0.CO;2-V
- Šamánek, M. & Urbanová, Z. (2010). Optimální spotřeba alkoholu v prevenci kardiovaskulárních onemocnění. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*, 3. Retrieved April 3, 2016, from: <http://www.tribune.cz/clanek/19227-optimalni-spotreba-alkoholu-v-prevenci-kardiovaskularnich-onemocneni>
- Šejda, J., Šmerhovský, Z., & Göpfertová, D. (2005). *Výkladový slovník epidemiologické terminologie*. Praha: Grada Publishing.
- Tanaka, H., Kiriike, N., Nagata, T., & Riku, K. (2001). Outcome of severe anorexia nervosa patients receiving inpatient treatment in Japan: An 8-year follow-up study. *Psychi-*

- etry and clinical neurosciences*, 55(4), 389-396. doi: 10.1046/j.1440-1819.2001.00880.x
- Taylor, A. V., Reveler, R. C., Hibbert, G. A., & Fairburn, C. G. (1993). Eating disorders among women receiving treatment for an alcohol problem. *International Journal of Eating Disorders*, 14(2), 147-151. doi: 10.1002/1098-108X(199309)14:2<147::AID-EAT2260140204>3.0.CO;2-5
- Thompson-Brenner, H., Eddy, K. T., Franko, D. L., Dorer, D., Vashchenko, M., & Herzog, D. B. (2008). Personality pathology and substance abuse in eating disorders: a longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 203-208. doi: 10.1002/eat.20489
- Trojan, S. (2003). *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada Publishing.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2014). *Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů* [e-reader version] (10th ed.). Retrieved from <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn-mezinarodni-statisticka-klasifikace-nemoci-pridruzenych-zdravotnich-problemu>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2016) *Psychiatrická péče 2015: zdravotnická statistika* [e-reader version]. Retrieved from <http://www.uzis.cz/node/7576>
- Vitousek, K., & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of abnormal psychology*, 103(1), 137. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.103.1.137>
- Wilson, G. T. (1993). Binge eating and addictive disorders. In C. G. Fairburn, & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (97-120). New York: Guilford Press.
- Whitehouse, A. M., Adams, R., & Marche, J. (1989). Are there hidden eating disorders among psychiatric inpatients? *International Journal of Eating Disorders*, 8(2), 235-238. doi: 10.1002/1098-108X(198903)8:2<235::AID-EAT2260080214>3.0.CO;2-8
- World Health Organization. (1995). *Lexicon of alcohol and drug terms* [e-reader version]. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39461/1/9241544686eng.pdf>.
- World Health Organization. (2015). *Alcohol: Fact sheet*. Retrieved May 27, 2016, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/>.
- World Health Organization. (2016). *Alcohol*. Retrieved May 27, 2016, from <http://www.who.int/topics/alcoholdrinking/en/>.
- Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Thompson, K. M., Redlin, J., ...Haseltine, B. (2001). Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 30(4), 401-412. doi: 10.1002/eat.1101

Seznam zkratek

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
APA	American Psychiatric Association
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BMI	Body Mass Index
CNS	centrální nervová soustava
dg.	diagnóza
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EDNOS	eating disorder not otherwise specified
ED-Quest	Munich Eating Disorder Questionnaire
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
FAEE	fatty acid ethyl ester
FAS	Fetální alkoholový syndrom
GABA	kyselina gama-aminomáselná
LDL	low density lipoprotein
MA	mentální anorexie
MAST	Michigan Alcoholism Screening Test
MB	mentální bulimie
MEOS	mikrozomální etanolový oxidační systém
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů
NAD	nikotinamidadenindinukleotid
NMDA	N-methyl-D-asparagová kyselina
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
PN Bohnice	Psychiatrická nemocnice Bohnice
PPP	poruchy příjmu potravy
PTSD	posttraumatická stresová porucha
SMR	Standardized Mortality Ratio
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	World Health Organization
ZP	záchvatovité přejídání

Přílohy

Příloha 1: Seznam tabulek a obrázků

Seznam tabulek

Tabulka 10.1: Věk a rozložení věkových skupin respondentek, str. 49

Tabulka 10.2: Sociodemografické údaje, str. 50

Tabulka 10.3: Sociodemografické údaje respondentek, které splnily diagnostická kritéria pro mentální anorexii, mentální bulimii nebo záchvatovité přejídání, str. 56

Seznam obrázků

Obrázek 1.1: Souhrn hlavních metabolických efektů etanolu (Ehrmann et al., 2006), str. 17

Obrázek 10.1: Graf AUDIT skóre výběrového souboru, str. 48

Obrázek 10.2: BMI současnost, str. 51

Obrázek 10.3: BMI minulost, str. 51

Obrázek 10.4: Graf celoživotní prevalence poruch příjmu potravy výběrového souboru, str. 55

Příloha 2: Vyjádření etické komise PN Bohnice



PSYCHIATRICKÁ
NEMOCNICE
BOHNICE

Etická komise

ekomise@plbohnice.cz

Gabriela Rolová

Naše značka:

Vyřizuje/linka: **420284016141**

V Praze dne **23.2. 2016**

Věc: žádost o souhlas etické komise ke sběru dat pro diplomovou práci

Etická komise Psychiatrické nemocnice Bohnice vyslovila **souhlas** s dotazníkovým šetřením v rámci diplomové práce: **Komorbidita abúzu alkoholu a poruch příjmu potravy: Prevalence poruch příjmu potravy u žen hospitalizovaných pro abúzus alkoholu**, Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, obor studia: adiktologie
Školitel: PhDr. Lenka Čablová

Etická komise žádost posoudila a schválila bez výhrad.

MUDr. Richard Krombholz
Předseda etické komise PL Bohnice

Mgr. Jan Pomykacz v.z.
tajemník etické komise

Psychiatrická nemocnice Bohnice
Ústavní 91
181 02 Praha 8 – Bohnice

Psychiatrická nemocnice Bohnice_Ústavní 91_181 02 Praha 8

Tel.: +420 284 016 111 Fax: +420 284 016 595 www.bohnice.cz

Bankovní spojení: Komerční banka a.s._16434081/0100_IČ: 00064220_DIČ: CZ00064220